

Schweizerische Ärztezeitung

461 Editorial
von Urs Stoffel
**Nur eine Mehrstimmigkeit
schafft Lösungen!**

486 Nach zwei Jahren Pandemie
**Zeit für eine kantonale
und überkantonale
Corona-Strategie**

498 «Zu guter Letzt»
von Werner Bauer
Last oder Freude?



480 Wenn Eltern ihr Kind
nicht impfen lassen wollen
**Gelassen mit Impfskepsis
umgehen**

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 Puhon

Redaktion Recht

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

FMH

EDITORIAL: Urs Stoffel

461 **Nur eine Mehrstimmigkeit schafft Lösungen!**

AKTUELL: Beat Stücheli, Dominique Gut, Wolfgang Ummenhofer, Stefan Matthias Müller

462 **«Stell dir vor, es ist ein Notfall, und keiner geht hin ...»**

ÄRZTEKAMMER

465 **Ärztkeammersitzung: bereits feststehende Traktanden**466 **Personalien****Briefe / Mitteilungen**468 **Briefe an die SÄZ**471 **Facharztprüfungen****FMH Services**473 **Stellen und Praxen** (nicht online)**Tribüne**

480



WISSEN: Eva Mell

Impfskepsis gelassen betrachtet Weshalb impfskeptische Eltern gute Patientinnen und Patienten sind – und was Schulmedizinerinnen und -mediziner beim Thema Impfen von komplementärmedizinischer Seite lernen können.

THEMA: Julia Rippstein

482 **Wie Impfdetektive ermitteln**

Tribüne

STANDPUNKT: Rudolf Hauri, Martin Pfister, Yvonne Gilli, Dunja Nicca, Andrée Friedl, Simon Fuchs, Samuel Erny, Thomas Plattner, Eva Martin-Diener, Brian Martin

486 **Zeit für eine kantonale und überkantonale Corona-Strategie**

Horizonte

493 **Persönlich**

ÄRZTINNEN UND ÄRZTE ALS PATIENTEN: Peter Winzeler

494 **Erlebnisse während einer Bewusstlosigkeit**

STREIFLICHT: Jean-Jacques Perrenoud

496 **Quo Vadis Veritas?**

Zu guter Letzt

Werner Bauer

498 **Last oder Freude?**

TOM REED STUDIO

TR

Impressum

Schweizerische Ärztezeitung

Offizielles Organ der FMH und der FMH Services

Redaktionsadresse: Rahel Gutmann, Redaktionsassistentin SÄZ, EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Farnsbürgerstrasse 8, 4132 MuttENZ, Tel. +41 (0)61 467 85 72, redaktion.saez@emh.ch, www.saez.ch

Verlag: EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Farnsbürgerstrasse 8, 4132 MuttENZ, Tel. +41 (0)61 467 85 55, www.emh.ch

Anzeigen:

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

Stellenmarkt und Rubrikanzeigen:

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

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

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

Anderer Abonnemente:

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

Abonnementspreise: 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:
© Michal Bar Haim / Unsplash

Nur eine Mehrstimmigkeit schafft Lösungen!

Urs Stoffel

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



Seit dem 1. Januar 2022 ist der neue KVG-Artikel 47a in Kraft. Der Artikel besagt, dass analog zum stationären Versorgungsbereich (SwissDRG AG) auch im ambulanten Bereich eine nationale Organisation für Tarifstrukturen für ambulante Behandlungen geschaffen werden soll. Angesprochen sind primär die Verbände der Leistungserbringer und der Kostenträger, sprich die klassischen Tarifpartner für ambulante Leistungen in der medizinischen Versorgung. Die Aufgabe der Organisation soll die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Tarifstrukturen für ärztliche Behandlungen sein. Die Verbände sollen paritätisch in dieser Tariforganisation vertreten sein.

Noch selten war man sich in der Gesundheitspolitik – wie auch bei den Leistungserbringern und den Kostenträgern – so einig, dass es einer solchen Organisation dringend bedarf, wie bei diesem Gesetzesartikel. Das leuchtende und hochgelobte Beispiel der SwissDRG AG im stationären Bereich vor Augen, passierte dieser Gesetzesartikel mühelos und weitgehend unumstritten die beiden Kammern des Parlaments. Umso unverständlicher ist deshalb die Tatsache, dass sich ein Teil der Leistungserbringer und der Kostenträger bei der Gründung dieser neuen Tariforganisation besonders schwertut. Wie immer bei solchen Organisationen liegt der Teufel im Detail, und es geht um Einfluss, Machterhalt und Mehrheiten. Seit Mitte 2021 wird in zahlreichen Arbeitsgruppensitzungen und übergeordneten Entscheidungsgremien daran gearbeitet, eine solche nationale ambulante

Wird unter den Tarifpartnern bis Ende 2023 keine einvernehmliche Lösung gefunden, geht der gesetzliche Auftrag an den Bund.

Tariforganisation aus der Taufe zu heben. Bisher sind wir aber keinen Schritt weitergekommen und die Zeit läuft. Der KVG-Artikel 47a hat für die Tarifpartner ein klares Ablaufdatum. Wird unter den Tarifpartnern bis Ende 2023 keine einvernehmliche Lösung gefunden, geht der Auftrag des Gesetzgebers, eine Tariforganisation über den Verordnungsweg zu schaffen und deren

Spielregeln festzulegen, an den Bund. Kommt es so weit, wäre dies einmal mehr ein Versagen der Tarifpartnerschaft und würde gegenüber der Politik und der Öffentlichkeit das fatale Zeichen setzen, dass die Tarifpartner offensichtlich nicht einmal fähig sind, sich auf eine gemeinsame Organisation, geschweige denn gemeinsam auf einen revidierten ambulanten Tarif zu einigen.

Der wichtigste Stolperstein dabei ist sicherlich die Forderung zweier Tarifpartner nach einem Vetorecht für die wichtigen Entscheidungen sowie sogar Einstimmigkeit für die Verabschiedung der Tarifstrukturen. Genau nach diesem Prinzip der Einstimmigkeit ist 2004 die ehemalige tarifpartnerschaftliche Organisa-

Die FMH ist klar der Meinung, dass nur das Mehrheitsprinzip in der nationalen ambulanten Tariforganisation zum Ziel führt.

tion TARMED Suisse gegründet worden. Wie wir während der vergangenen 18 Jahre schmerzlich erfahren mussten, hat diese Vorgabe der Einstimmigkeit dazu geführt, dass die Weiterentwicklung und Pflege des ambulanten Tarifs TARMED über ein Jahrzehnt komplett blockiert war. Die FMH ist deshalb klar der Meinung, dass nur das in der Schweiz seit Jahrhunderten gelebte Mehrheitsprinzip auch in der nationalen ambulanten Tariforganisation zum Ziel führt. Wichtige Entscheide können immer noch mit einem qualifizierten Mehr flankiert werden. Nur so kann eine den aktuellen Gegebenheiten angepasste Pflege und sachgerechte Weiterentwicklung der ambulanten Tarifstrukturen auch für die Zukunft gewährleistet werden. Dass dies tarifpartnerschaftlich möglich ist, beweist die bisher einzige gemeinsame Tariforganisation ats-tms AG seit über sechs Jahren. Die einzige bisher tarifpartnerschaftlich entwickelte ambulante Tarifstruktur TARDOC wurde in der Tariforganisation ats-tms AG entwickelt und 2019 von den Tarifpartnern gemeinsam zur Genehmigung beim Bundesrat eingereicht. Noch bleibt Zeit, eine gemeinsame Lösung zu finden, doch die Uhr tickt!

«Stell dir vor, es ist ein Notfall, und keiner geht hin ...»

Beat Stücheli^a, Dominique Gut^b, Wolfgang Ummenhofer^c, Stefan Matthias Müller^d

^a Dr. med., Facharzt Allgemeine Innere Medizin, Hausarzt Untersiggenthal, SGAIM-Vertreter FMH-Forum Notfall; ^b Dr. med., Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Praxispädiater Hochdorf, Vorstand pädiatrie schweiz; ^c Prof. em. Dr. med., Facharzt für Anästhesie, Facharzt für Intensivmedizin;

^d Dr. med., Facharzt für Anästhesiologie, FA Präklinische Notfallmedizin/Notarzt (SGNOR), Chefarzt Schutz & Rettung Zürich

In der Medizin gibt es unterschiedliche Kurse, in denen das Handeln in kritischen Situationen geübt wird. Dies sind hervorragend strukturierte Kursformate, wo man neben der Vermittlung von Fachwissen auch situativ mittels Simulationen unter Zeitdruck das Richtige tun muss. Nur sollten dieses Wissen und die entsprechende Handlungskompetenz auch à jour gehalten werden.

Frage: Würden Sie in ein Flugzeug einsteigen, wenn Sie wüssten, dass die Piloten in den letzten Jahren – ja gar Jahrzehnten – nie mehr ein Simulationstraining absolviert haben? Diese – natürlich unerwarteten, aber nichtsdestotrotz jederzeit möglichen – «fliegerischen Komplikationen», wie beispielsweise Triebwerksausfall, schwere Turbulenzen oder Blitzeinschlag etc., nie mehr geübt hätten? Situationen, die zwar sehr selten sind, aber dann doch eine unmittelbare, korrekte Aktion der Piloten erfordern? Sie würden wohl sagen: «Nein! Da steige ich lieber nicht ein.» Dennoch fliegen Sie unbekümmert mit, weil Sie wissen, dass Safety in der Fliegerei höchste Priorität hat. Ebenso ist bekannt, dass die Teilnahme an regelmässigen Simulationstrainings für die Piloten eine Pflicht ist und das Nicht-Bestehen zu Konsequenzen führt.

Medizin und Fliegerei

Nun, gewisse Aspekte der Medizin werden gelegentlich mit der Fliegerei verglichen: Nicht nur, dass zwischen den heiklen Momenten des Starts und der Landung eines Flugzeuges Analogien mit Anästhesie-Ein- und -Ausleitung bestehen, es gibt bekanntermassen auch in der Medizin unerwartete und plötzliche (lebensbedrohliche) «Komplikationen» oder eher «Situationen». Und es gibt – ähnlich der Fliegerei – Kurse, in welchen das Handeln in kritischen Situationen anhand wissenschaftlich fundierten Algorithmen trainiert wird (z.B. DAK[®], ACLS[®], AMLS[®], ATLS[®], PALS[®]-Kurse). Dies sind hervorragende, strukturierte Kursformate, bei welchen u.a. mittels Simulationen unter Zeitdruck

das Richtige getan werden muss, ansonsten «... stirbt der Patient ...». Die Auswertungen und das Feedback aus diesen Kursen sind fast durchwegs positiv. Viele der Teilnehmenden geben an, danach viel mehr Sicherheit für Notfall-Situationen zu haben. Wichtig

Wie lange erinnert sich jemand an die «state of the art»-Therapie verschiedenster Notfall-situationen?

hervorzuheben ist hierbei, dass es in diesen Kursen nicht nur um die Reanimation selbst, sondern vielmehr auch um das frühzeitige Erkennen eines kritisch kranken Patienten und das unmittelbare Einleiten von entsprechend effizienten Massnahmen geht. Dabei werden die notwendigen Algorithmen vermittelt und geschult. Zudem wird auch die unerlässliche Zusammenarbeit im Team – sogenannte *soft skills* – trainiert.

Refresher-Kurse sind freiwillig

Nur ... wie lange hält diese Sicherheit an? Und wie lange erinnert sich jemand an die *state of the art*-Therapie verschiedenster Notfall-Situationen? Bei Piloten werden Simulator-Trainingssequenzen als obligatorisch und selbstverständlich wahrgenommen. Aber Notfall- und spezifische Reanimationskurse sind – einmal abgesehen von allfälligen obligatorischen Kursen zur Erlangung von Facharzt- oder Fähigkeitstiteln – völlig freiwillig, und die geringe Besucherzahl an allseits angebotenen «Refresher-Kursen» – trotz anrechenbaren Fortbildungs-Credits – zeugt nicht gerade von einem aktiven Bedürfnis nach «Simulations-Training». Über-



«Lassen Sie mich durch, ich bin Arzt!» Ein Ruf, den sich keiner mehr auszusprechen traut.

raschen sollte das nicht, wenn nicht einmal die «Notfall-affinen» Gesellschaften wie die SSAPM, die SGNOR oder die SGC für die Erneuerung ihrer entsprechenden Titel einen Nachweis von einschlägigen Reanimations- oder Notfallkursen verlangen. Sie scheinen darauf zu vertrauen, dass die dabei verteilten Fortbildungs-Credits Motivation genug sind.

Wieso ist das so? Weil wir «es» als Ärzte/Ärztinnen vermeintlich einfach für immer «können». Oder weil davon ausgegangen wird, dass alle freiwillig solche Refresher-Kurse besuchen? Wobei gerade die bescheidene Anzahl an Refresher-Kursen dagegen spricht. Oder wird einfach angenommen, dass schlichtweg nichts passieren wird? Und, wenn doch, dass dann einfach schnell das REA-Telefon gewählt oder der

Rettungsdienst aufgebeten werden kann? Sowohl REA-Equipe als auch Rettungsdienst brauchen jedoch den entscheidenden Moment, um vor Ort die erforderliche Hilfe leisten zu können. Dabei sind aber gerade lebensbedrohliche Notfallsituationen zeitkritisch und verlangen eine unmittelbare, korrekte «Aktion» – analog einem Piloten, dessen Flugzeug z.B. in einen Vogelschwarm gerät. Junge Ärztinnen und Ärzte besuchen zu Beginn ihrer Weiterbildung oft oben genannte Kurse und werden vielleicht – sofern sie an einer Klinik bleiben – im Rahmen der mehrheitlich regelmässig stattfindenden REA-Refresher im Spital periodisch weitergebildet.

Doch draussen in der Praxis sind die täglichen Herausforderungen ganz anders und weit weg vom vormaligen «Klinik-Alltag».

Und, Hand aufs Herz, wie verhält es sich mit mir selbst? Wenn ich, als Passagier in einem Ferienflieger sitzend, plötzlich über den Lautsprecher aufgeschreckt werde mit der Durchsage: «Ist allenfalls ein Arzt an Bord?» Gehöre ich auch zu denjenigen, die stillschweigend hinter der aufgeschlagenen Zeitung versinken in der Hoffnung, möglichst nicht bemerkt zu werden? Oder dass sich schnell jemand anderes, jemand mit mehr Erfahrung dazu meldet? Warum wohl? Wann habe ich das letzte Mal selbst eine REA-Situation geübt oder erlebt? Zu lange her, zu gross meine Unsicherheit, als dass ich mich traute, aufzuspringen und mit dem Ruf «Lassen Sie mich durch, ich bin Arzt!» selbstsicher zum vermuteten Notfall zu eilen. Diese Zeiten sind mangels Erfahrung und (bis anhin glücklicherweise) komplikationslosem Praxisalltag vorbei.

Ideal und Realität

Doch, wie war das gleich mit «meinem Ärzte-Ideal», damals während des Medizinstudiums: «Allen Menschen in allen Situationen helfen zu können» ...? Gehört es nicht zum Basiswissen unseres Berufes, lebensrettende Sofortmassnahmen zu kennen und auch im Notfall unverzüglich anzuwenden?

Lebensbedrohliche Notfallsituationen sind zeitkritisch und verlangen eine korrekte Aktion.

Somit wäre ein Notfall-Refresher doch angebracht. Stimmt, aber bitte erst, wenn dazu Zeit in der Hektik des Praxisalltags gefunden wird und alle anderen diversen Fortbildungs-Pendenzen und -Pflichten abgearbeitet sind. Als Grundversorger könnte man mit einem «Zehnkämpfer» verglichen werden, der in allen Disziplinen gut sein muss. Bis zum längst überfälligen Notfall-Refresherkurs wird oft auf einen «Schönwet-

ter-Praxisalltag» gehofft, bei dem bitteschön keine lebensbedrohlichen Ereignisse oder Komplikationen bei Injektionen und Infusionen passieren.

Möglicherweise müsste im Rahmen der «Rettungskette» nun nicht nur auf die Laien-Ausbildung fokussiert werden, sondern auch diskutiert werden, dass vermeintliche «Profis» – Ärztinnen und Ärzte sowie

«Problem erkannt, wo ist der nächste Refresher-Kurs in Notfallmedizin?»

vorzugsweise das gesamte Praxispersonal – regelmässig Reanimations-Trainings absolvieren und sich mit dem Reagieren auf die häufigsten Notfallsituationen periodisch befassen sollten. Dies würde wohl die Überlebenschance bei präklinischen Notfällen, wie sie immer noch passieren und passieren werden, namhaft verbessern ...

Wie heisst es doch: «Eine Kette ist nur so stark wie ihr schwächstes Glied.» Wenn sich zunehmend Laien für ihre Rolle als Ersthelfer starkmachen – wäre es da nicht schade, wenn ausgerechnet wir Ärztinnen und Ärzte zu den schwächsten Gliedern der Überlebenskette zählen?

Kompetenzen erweitern

Natürlich erscheint es auf den ersten Blick verständlich, dass sich unser Fortbildungsinteresse eher auf neue Erkenntnisse und Therapiekonzepte richtet als auf die Wiederholung «trivialer» und vermeintlich

altbekannter Basiskompetenzen. Dabei wird vergessen, dass auch die erwähnten Kursformate in Notfallmanagement von einer Vielzahl internationaler und nationaler Experten dem neuesten Stand der evidenzbasierten Forschung angepasst und in regelmässigen Guideline-Updates reevaluiert werden. Und dass sogenannte *Entrustable Professional Activities* (EPA) nicht nur im neu formulierten «Profiles»-Katalog für die Medizinstudierenden der Swiss Universities gefordert, sondern auch vom SIWF für die Postgraduate-Weiter- und -Fortbildung beliebt gemacht werden [1]. Zu einer solchen «Anvertraubaren Beruflichen Tätigkeit» gehört für uns alle die Kompetenz, Notfallsituationen in unserem unmittelbaren beruflichen und privaten Umfeld seriös und vorbildhaft in einem initialen Zeitfenster zu erkennen, zu behandeln und die notwendigen Massnahmen zu ergreifen, bis spezialisierte professionelle Hilfe eintrifft. In diesem Kontext hat *Entrustable* auch etwas mit dem Vertrauen zu tun, das unsere Patientinnen und Patienten auch in Notfallsituationen in uns setzen und das wir nicht enttäuschen sollten.

Somit bleibt vielleicht nur die Antwort auf den obigen Text: «Problem erkannt, wo ist der nächste Refresher-Kurs in Notfallmedizin?»

Literatur

- 1 Breckwoldt J, Beckers SK, Breuer G, Marty A. Entrustable professional activities. *Anaesthesist*. 2018;67:452–7.

Bildnachweis

© Jan Kunz

Donnerstag, 19. Mai 2022

Ärztkeammersitzung

Bereits feststehende Traktanden

- Begrüssung, Mitteilungen
- Mitteilungen aus dem SIWF
- Jahresberichte 2021
- Jahresrechnung 2021
- Dechargen-Erteilung
- Berichterstattung GPK, Auftrag ÄK vom 7. Oktober 2021
- Bestätigungswahlen von nominierten DV-Delegierten und DV-Ersatzdelegierten
- Mitgliedschaft Basisorganisation
- Änderungen in den Statuten
- Änderungen in der Geschäftsordnung
- Änderungen in der Standesordnung
- Übernahme SAMW-Richtlinien «Umgang mit Sterben und Tod»
- Charta – Gesunde Ärztinnen und Ärzte für gesunde Patientinnen und Patienten
- Revision Patientenverfügung FMH
- Information zum Status der Arbeiten der neuen Finanzierung der ärzte-eigenen Datensammlung
- Ambulante Tarifrevision TARDOC
- Informationen aus dem Zentralvorstand und dem Generalsekretariat
- Varia

**Frist zur Einreichung von neuen Traktanden:
Neue Traktanden sind bis am 13. April 2022 an die Abteilung
Gremienverwaltung und Stab ([direction\[at\]fmh.ch](mailto:direction[at]fmh.ch)) einzureichen.**

Personalien

Todesfälle / Décès / Decessi

Edwin Edelmann (1942), † 5.3.2022,
9240 Uzwil

Robert Rueff (1944), † 6.3.2022,
Facharzt für Radiologie, 6005 Luzern

Ärztegesellschaft des Kantons Bern

Ärztlicher Bezirksverein Bern Regio

Zur Aufnahme als ordentliches Mitglied
hat sich angemeldet:

Veronique Zeller, Fachärztin für Kinder-
und Jugendmedizin, FMH, Aarberggasse 6,
3011 Bern

Einsprachen gegen dieses 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 des Gesuchs und über allfällige
Einsprachen.

Ärztegesellschaft des Kantons Luzern

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft
Sektion Stadt hat sich gemeldet:

Adriana Sirova, Fachärztin für Allgemeine
Innere Medizin, FMH, Luzerner Kantons-
spital, Spitalstrasse, 6000 Luzern 16

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft
Sektion Gäu hat sich gemeldet:

Georgios Georgiadis, Praktischer Arzt, FMH,
Erlosenpraxis Hildisrieden, Waldmatt 28,
6024 Hildisrieden

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

Wir veröffentlichen Ihre Inhalte

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

Mögliche Themen:

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

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



Weitere Informationen
finden Sie unter
saez.ch → Autorenrichtlinien



Briefe an die SÄZ

IV-Berichte: Ohne Digitalisierung kein Geld (mit Replik)

Vor einiger Zeit erhielt ich von der IV ein Schreiben. Darin wird angekündigt, sämtliche Rechnungen, die nicht in digitaler Form eingereicht würden, zurückzuweisen. Da ich dazu nicht in der Lage bin, würde das für meinen Betrieb folgendes heissen: Ich erstelle eine Rechnung und stelle diese einem externen Anbieter zu. Dieser erstellt gegen Bezahlung ein digitalisiertes Dokument. Dieses wiederum wird an einen weiteren Anbieter, der mit der Zahlstelle der IV verlinkt ist, zugestellt. Dieses Prozedere mache ich nicht mit; der Zeitgewinn der IV ist mit meinem finanziellen und zeitlichen Mehraufwand nicht vereinbar. Fazit: Digitalisierung ja, aber nicht auf meinem Buckel!

Wie geht es nun aber weiter mit meinen geschuldeten Berichten? Ganz einfach. Ich packe sämtliche Dokumente in ein Couvert und stelle es der IV per Post zu. Somit muss ich diese unrentablen Berichte nicht mehr machen. So kann die IV dann den Bericht selbst erstellen und sich eine Rechnung in digitalisierter Form zustellen. Das ist MEINE Win-win-Lösung!

*Dr. med./Dr. phil. nat. Samuel Gut,
Konolfingen*

Replik auf «IV-Berichte: Ohne Digitalisierung kein Geld»

Die Zentrale Ausgleichskasse (ZAS) in Genf bearbeitet die an die IV-Stellen eingereichten Rechnungen. Gemäss Tarifvertrag ist dazu die Verwendung der Standardformulare gemäss Forum Datenaustausch (www.forum-daten-austausch.ch) nötig. Der XML-Standard wird auch für die Verrechnung an Krankenkassen verwendet. Eine zusätzliche von der SUVA zur Verfügung gestellte Web-Applikation «Medical Invoice» (www.medicalinvoice.ch) erlaubt es, ohne grösseren Aufwand Rechnungen gemäss dem geforderten Standard einzureichen. Der Vorteil der digitalen Rechnungsstellung mit den Standardformularen liegt auf der Hand: Das Erfassen der Tarifpositionen wird erleichtert, das Fehlerrisiko verringert und damit die Bearbeitungszeit verkürzt. Diese Vorteile sehen auch die Leistungserbringer, und die Anforderungen an die Rechnungsstellung ist für sie deshalb kein Thema und funktioniert bestens. In Einzelfällen bietet die IV-Stelle Unterstützung an.

IV-Stelle Kanton Bern

Gravierende Impfn Nebenwirkungen

Willkürlich wurde letzten Herbst von BAG und Bundesrat die Gültigkeit des Covid-Zertifikats von 12 auf 9 Monate reduziert. Wegen eines kurzen Aufenthaltes im nahen Ausland im März 22 blieb mir keine andere Wahl, als die Booster-Impfung mit Moderna kurzfristig im Januar vorzuziehen – contre cœur! Knapp 2 Wochen später eine urticariell betonte generalisierte Dermatose mit dem bekannten unerträglichen Juckreiz. Erfolgreiche Absetzversuche des rasch wirksamen Antihistaminicums nach 2, später 6 Wochen nach Ausbruch. Meine Vermutungsdiagnose bzw. deren Ursache wurde dann Mitte Februar im *20 Minuten* (!) und wenig später in der Tagespresse bestätigt: rund 200 Personen mit Nesselfieber als Booster-Impf-Nebenwirkung.

Zufall. Nach einer gemeinsamen Skitour Mitte März sitzen wir vier Personen aus Basel, Bern, Baden beim Abendessen in Kandersteg. Ich schluckte mein Antihistaminicum. Verwundert erfahre ich von meiner überraschten Nichte, dass auch sie unter diesem Impf-Nesselfieber leide; ihrem nicht anwesenden Ehemann deshalb sogar Cortison verschrieben wurde. Jetzt meldet sich auch die zweite Nichte und berichtet vom nahen Freund mit exakt demselben Schicksal: Booster-Nesselfieber – Antihistaminicum, ungenügend – Cortison per os! Die vierte Person am Tisch: geimpft wie wir alle, ohne solche Erfahrungen.

In diesem Moment glaube ich nicht mehr an Zufälle: unsere kleine Gruppe von vier Personen berichtet gleich vier Mal von Impf-Nesselfieber, für zwei von uns sehr unangenehm; für die zwei anderen mit Cortison-Medikation sehr gravierend! So bin ich jetzt überzeugt, dass es sich nicht mehr um «200 Fälle» handelt, sondern allein hier in der Schweiz um tausende; höchstwahrscheinlich um zehntausende von betroffenen Menschen!

Störend für mich:

- Bisher vermisse ich jegliche Stellungnahme von Impfstoffhersteller, BAG und Swissmedic. Letztere hat mir auf meine detaillierte Nebenwirkungsmeldung eine «umgehende Antwort bzw. Rückmeldung» versprochen, auf die ich seit mehr als fünf Wochen warte – offensichtlich vergeblich!
- Ohne das Ausmass dieser Flut von Nebenwirkungen abzuschätzen bzw. deren Ursachen zu klären, verbreitet bereits jetzt Bundes-Bern die Nachricht einer vierten Impfung im Herbst.
- Was passiert dann mit meinem Zertifikat, wenn ich sicher keine vierte Impfung

mehr will? Warum wurde die Zertifikatsdauer von Covid-Genesenen erst neulich vom BAG und Bundesrat von neun auf sechs Monate herabgesetzt; völlig unbegründet und wiederum willkürlich! Nur weil man sich der EU anpassen wolle!

Ist das die Gesundheitspolitik eines souveränen Staates? Der bisher vom Impfpflicht-Terror unserer Nachbarländer Gott sei Dank verschont blieb. Sieht unsere moderne «wissenschaftliche Medizin» so aus, dass die Behandlung der Nebenwirkungen einer (vielleicht sinnvollen) medizinischen Massnahme Impfen mit der nächsten medikamentösen Intervention Cortison mit noch gravierenderen Nebenwirkungen erfolgt?

Dr. med. Hans Walter Bühler, Kandersteg

Replik auf «Gravierende Impfn Nebenwirkungen»

Ab Mitte Dezember 2021 wurden Swissmedic vereinzelt Urticaria als vermutete Nebenwirkungen nach der Booster-Impfung mit Spikevax gemeldet. Anfang Jahr wurde das Thema von den Medien aufgegriffen, die auch zur Meldung aufriefen. Heute hat Swissmedic Kenntnis von rund 1000 Fällen mit Urticaria als vermuteter Nebenwirkung. Swissmedic hat deshalb am 11. März eine Information zu den gemeldeten Urticaria veröffentlicht und bewertet derzeit die vermutete Nebenwirkung, die bislang unzureichend beschrieben ist.

Urticaria sind relativ häufige Erkrankungen. Dies muss mit in Betracht gezogen werden, wenn man die gemeldeten in den Kontext zu 2,15 Mio. Booster-Impfungen mit Spikevax bewertet. Bei Spontanmeldungen ist stets von einem sogenannten «Underreporting» auszugehen. Das Ausmass ist stark von der aktuellen Aufmerksamkeit gegenüber einer Reaktion abhängig. Der kurzfristige und sprunghafte Anstieg der Urticaria-Meldungen nach der Medienberichterstattung macht Rückschlüsse auf die tatsächliche Häufigkeit schwieriger.

Briefe

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

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

Swissmedic ist im Rahmen der Abklärung mit anderen internationalen Arzneimittelbehörden, medizinischen Experten und dem Hersteller in Kontakt. Bislang sind Meldungen über Urticaria nach Booster-Impfung vor allem in der Schweiz auffällig. Die Ursache dafür ist noch nicht abschliessend geklärt. Sollte die weitere Bewertung bestätigen, dass Urticaria nach Booster-Impfungen mit Spikevax gehäuft auftreten, muss dies bei der Abwägung von Nutzen und Risiko der Booster-Impfungen (und gegebenenfalls auch weiterer Impfungen) berücksichtigt werden.

Swissmedic würde in diesem Fall die medizinischen Fachpersonen und die Öffentlichkeit informieren. Um diese Reaktionen und Personen mit einem eventuell erhöhten Risiko möglichst exakt zu beschreiben, sind gut dokumentierte Meldungen durch medizinische Fachpersonen erforderlich. In der aktuellen Situation fehlen Daten aus Studien, sodass eine valide Bewertung vor allem von detaillierten Daten aus Spontanmeldungen abhängt.

Der Leser beklagt sich u.a. über eine ausgebliebene Stellungnahme zu seiner Meldung von Swissmedic. Meldende Fachpersonen erhalten ein ausführliches Feedback bei bestimmten Nebenwirkungsmeldungen, die wegen einer besonderen Relevanz vertieft bewertet wurden. Dies ist nicht zu allen Meldungen im Zusammenhang mit den Covid-19-Impfstoffen möglich. Um die Fachpersonen und die Öffentlichkeit dennoch zu informieren, veröffentlicht Swissmedic regelmässige Berichte zu den bewerteten Meldungen auf der Website. Dort gehen wir auch auf einzelne Beobachtungen aus den Spontanmeldungen wie z.B. die Urticaria nach Booster-Impfungen ein.

Es gehört nicht zu den Aufgaben von Swissmedic, Impfpfehlungen zu machen. Auch Fragen zur Gültigkeit von Impfungszertifikaten liegen ausserhalb der Zuständigkeit von Swissmedic.

Alex Josty, Mediensprecher Swissmedic

Versorgungssicherheit kleinchirurgischer Instrumente in der Praxis

Ich bin nach bald 30 Jahren daran, meine hausärztliche Praxis in jüngere Hände zu übergeben. Dabei stellte sich die Frage, wie mit dem Sterilisator und den chirurgischen Instrumenten zu verfahren sei. Der neue Betreiber gab mir die folgende Antwort:

«Die Aufbereitung von Medizinprodukten bedeutet heute einen abtrennbaren Raum, die Unterteilung dieses Raumes in drei Zonen sowie aufwändige Kontrollen. Andere Dinge im

gleichen Raum aufzubewahren, würde nicht akzeptiert werden vom Kanton. Es sind die Auflagen des Kantons aber auch der unvergütete Aufbereitungsaufwand (Material und Personal), welche uns dazu bewegen, zukünftig Einweginstrumente einzusetzen.»

Die Corona-Krise, aber auch der Krieg in der Ukraine mit den Sanktionen gegen Russland haben uns gezeigt, dass die Versorgungswege keinesfalls sicher und Lieferunterbrüche in Zukunft wohl eher die Regel als die Ausnahme sein werden. Es könnte also gut sein, dass die geltenden Vorschriften zur Sterilisation kleinchirurgischen Materials dazu führen, dass im Krisenfall die Hausarztmedizin der Schweiz ohne kleinchirurgisches Material dasteht. Wohl dann der Praxis, welche die alten Instrumente und den Autoklaven noch nicht entsorgt hat!

Es ist sicher richtig, dass in Kliniken und Spitälern scharfe Vorschriften für die Sterilität der Instrumente bestehen. Die gegenwärtigen Vorschriften bewirken aber, dass nur noch umweltschädliches und qualitativ schlechteres Wegwerfmaterial verwendet wird und dass die ärztliche Versorgung der Schweiz im Krisenfall nicht mehr gewährleistet werden kann.

Dr. med. Markus Gnädinger, Steinach

Qualität der Medizin

A mon avis, la première mission d'un Etat est de se pourvoir d'un système de santé, d'un système d'enseignement et d'une défense. Pour ce qui est de la santé, force est de constater que la Suisse est en échec complet. En effet, si notre monnaie n'était pas si forte, nous ne pourrions pas siphonner depuis plusieurs décennies les infirmières et médecins formés à grands frais par nos voisins et la population suisse serait contrainte de vivre dans un désert médical!

Mais cette constatation ne semble pas émouvoir plus que cela notre Conseil fédéral ni notre Parlement. Non, on préfère à la discussion sur les vrais enjeux d'une formation tenant compte des besoins, organiser des réflexions sur les coûts et la qualité... et voir comment enfin gérer et soumettre cette caste médicale. Notre système fonctionnait trop bien pour que l'on ne puisse s'empêcher de le réformer, pour imiter ceux qui ne fonctionnent pas, comme l'étatisation allemande qui est un échec retentissant.

Alors que la pénurie de médecins est annoncée depuis longtemps, nos Autorités sont plus préoccupées que jamais par de nouvelles contraintes à faire appliquer au plus vite. Et cela à un moment où la pratique de notre art devient de plus en plus complexe sur le plan scien-

tifique. Toutes les spécialités sont concernées par les progrès prodigieux apportés par les nouvelles technologies (radiologie interventionnelle, radiothérapie, nouvelles molécules introduites en oncologie et dans les traitements des maladies inflammatoires, etc.). L'adaptation indispensable à ces nouveautés extrêmement complexes requiert un effort constant de la part des médecins.

Loin de se concentrer sur son rôle essentiel qui est un approvisionnement adéquat en personnel de santé, médecins et infirmières, nos Autorités, Conseil fédéral et Parlement, s'acharnent à inventer des chicaneries administratives qui absorbent notre énergie, notre temps et nos finances. Et pourtant, nous aurions les moyens de faire beaucoup mieux. A Genève, sur près de 700 candidats aux études de médecine, nous n'en gardons que 140, les plus de 500 restants n'étant pas jugés dignes d'entrer dans une carrière qu'ils auraient pourtant ardemment souhaitée et méritée. Au lieu de mettre de l'argent dans cette formation, le Conseiller fédéral Berset préfère investir près de 45 millions de francs dans une usine à gaz nommée Commission Fédérale pour la qualité médicale!

Les études de médecins sont longues et compliquées. Et arrivés au terme de leur formation purement universitaire, les jeunes médecins entrent dans un système hospitalo-universitaire devenu d'une complexité gigantesque. Et pour ceux que cela n'aura pas découragés, ils se retrouvent, au moment de leur installation, confrontés à toutes les lois et les règlements, qui ont, en partie, leur raison d'être, mais qui ajoutés les uns aux autres font que la somme est insupportable.

Alors, que demander? Que toute décision prise par nos gouvernants soit correctement évaluée quant à son bénéfice réel, ses implications dans la pratique quotidienne, et ses retombées sur les coûts. Que la FMH s'implique, au nom de ses membres, pour exiger fermement de nos Autorités un mode de fonctionnement, dicté par les impératifs médicaux, qui permette aux médecins d'exercer leur art au plus près de leur conscience, pour le bien des patients – que nous sommes tous à un moment ou l'autre de notre existence. Ça c'est la vraie qualité de la médecine!

Dr méd. Jean-Pierre Grillet, Genève

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.

Kommentar zum russischen Gesundheitssystem

Das Gesundheitswesen ist ein Spiegelbild der Prioritäten und allgemeinen Entwicklung der Gesellschaft. In Westeuropa sind die nötigen Kosten durch Krankenkassen gedeckt. In Russland deckt die Krankenversicherung nicht alles, ausser anderem die Arzneimittel bei den meisten ambulanten Patienten nicht. Es gibt die sogenannten medizinisch-ökonomischen Standards, welche die Leistungen verzeichnen, die von der obligatorischen Krankenversicherung zu übernehmen sind; doch werden solche Leistungen nicht in allen Fällen problemlos erbracht, insbesondere bei ambulanten Patienten in Polikliniken. Eine unerschwerliche Bezahlung wird stellenweise genommen und erwartet. In einigen Polikliniken werden nichtzahlende Patienten gemobbt. Auf allen Ebenen fehlt es an kompetenten und redlichen Verwaltern: leitende Chefarzte (gleichzeitig auch Verwaltungsleiter der Krankenhäuser) kooperieren in Bestatungs-, Bau- und anderen Geschäften. Es fehlt an moderner Fachliteratur [1]. Eine Ärzteorganisation wie die Ärztekammer gibt es in Russland nicht; zum Teil deswegen werden sowohl ärztliche Standesfragen als auch die medizinische Ethik unzureichend bekannt und beachtet. Eigentlich benötigt Russland internationale Hilfe in Sachen Gesundheitswesen. Im

Hinblick auf die aktuelle politische Sachlage wird die Zusammenarbeit mit Russland in den meisten Bereichen beendet. Hindernisse auf dem Wege der Einfuhr medizinischer Produkte, gekoppelt mit einem zunehmenden Einfluss vom Militär, können ungünstige Folgen für das russische Gesundheitssystem haben. Binnenprodukte werden trotz oft niedriger Qualität und möglichen Fälschungen gefördert. Diejenigen, die faktisch oder auf dem Papier am aktuellen Konflikt teilnehmen, werden den Veteranenstatus und damit Privilegien gegenüber Mitbürgern erhalten. Ehemalige oder aktuelle Militärfunktionäre, ihre Angehörigen und Protégés, die viele Führungspositionen an Universitäten, Akademien, im Gesundheitswesen und anderen Behörden besetzen, werden dominanter werden. Die medizinische Ausbildung, Praxis und Forschung erfordern eine harte und sorgfältige Arbeit. Einige Funktionärenkinder sind darauf nicht vorbereitet. Der «militärische» Führungsstil hemmt die Polemik und Kritik. Der Mangel an professioneller Autonomie trägt zu einer fortbestehenden Verwendung suboptimaler Methoden gemäss Anweisungen und autoritativen Veröffentlichungen. Einige invasive Verfahren mit unzureichenden Indikationen wurden von ehemaligen Militärchirurgen befürwortet [2]. Beispielsweise blieb die weltweite Tendenz zu einer konservativeren Behandlung von Mamma-

karzinom in der ehemaligen Sowjetunion jahrzehntelang unbemerkt. In den 1980er Jahren und mit abnehmender Tendenz in den 1990er Jahren war das Halsted-Verfahren die vorherrschende Methode. Diese Operation wurde in einigen im 21. Jahrhundert herausgegebenen Fachbüchern als Hauptbehandlungsmethode dargestellt. Noch radikalere Operationsverfahren wurden empfohlen und verwendet. Als die Überbehandlung allmählich eingesehen wurde, haben Mikhail Kuzin u.a. als Alternative die modifizierte radikale Mastektomie von Patey mit Entfernung des M. pectoralis minor empfohlen. Auch diese Operation ist mit Komplikationen assoziiert; trotzdem wurde sie in den letzten Jahrzehnten in Russland weit verwendet. Bronchoskopie wurde routinemässig unter Rekruten mit einer Pneumoniediagnose angewandt. Die militärische und medizinische Ethik ist nicht dasselbe. Die niedrige Lebenserwartung in Russland ist ein strategischer Vorteil, da weniger Gesundheitsinvestitionen und Renten nötig sind.

Dr. med. Sergei Jargin, Moskau

Literatur

- 1 Jargin SV. Eingeschränkter Zugang zur internationalen medizinischen Fachliteratur in der ehemaligen Sowjetunion. *Wien Med Wochenschr.* 2012;162:272–5.
- 2 Jargin SV. Invasive procedures with unproven efficiency. *Advances in Medicine and Biology* (Nova Science Publishers). 2021;176:67–98.

Mitteilungen

Facharztprüfungen

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharztstitels für Klinische Pharmakologie und Toxikologie

Datum:

Schriftliche Prüfung: Donnerstag, 20. Oktober 2022

Mündliche Prüfung: Ende November bis Anfang Dezember 2022

Ort:

Schriftliche Prüfung: Bern

Mündliche Prüfung: Der Prüfungsort und das genaue Datum werden den Kandidaten rechtzeitig bekanntgegeben.

Anmeldefrist: 1. Juli 2022

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

Schwerpunktprüfung zur Erlangung des Schwerpunktes pädiatrische Onkologie-Hämatologie zum Facharzttitel Kinder- und Jugendmedizin

Datum: Montag, 7. November 2022, Donnerstag, 17. November 2022, oder Montag, 21. November 2022

Abhängig von der Anzahl der Anmeldungen finden ein bis mehrere Prüfungstage statt. Dies wird nach der Anmeldefrist festgelegt.

Ort: Universitäts-Kinderspital Zürich – Eleonorenstiftung

Departement Onkologie, Hämatologie, Immunologie, Stammzelltransplantation und somatische Gentherapie
Steinwiesstrasse 75
8032 Zürich

Anmeldefrist: 30. Juni 2022

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

Schwerpunktprüfung zur Erlangung des Schwerpunktes Entwicklungspädiatrie zum Facharzttitel Kinder- und Jugendmedizin

Datum:

Donnerstag, 3. November 2022

Ort:

Universitäts-Kinderspital Zürich

Anmeldefrist:

Donnerstag, 1. September 2022

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

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharztstitels Allgemeine Innere Medizin

Datum:

Donnerstag, 24. November 2022
von 9.45 bis 15 Uhr

Ort:

MCH Messe Schweiz (Basel) AG, Messeplatz,
4058 Basel

Anmeldefrist: 15. September 2022

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



Personalversicherungen

Einfach Personal versichern



Sonderkon-
ditionen für
Mitglieder von
FMH Services

Jetzt vergleichen und Prämien sparen
**Alle notwendigen Versicherungen für
Ihr Praxispersonal**

- Alles aus einer Hand: KTG, UVG, BVG
- Prämien sparen dank exklusiven Rahmenvertragskonditionen
- Tiefere Lohnnebenkosten für Sie und Ihre Mitarbeitenden

INSURANCE

Roth Gygax & Partner AG
Moosstrasse 2
3073 Gümligen
Tel. 031 959 50 00
mail@fmhinsurance.ch
www.fmhinsurance.ch



Von der FMH Services Genossenschaft empfohlenes, rechtlich und wirtschaftlich selbstständiges Unternehmen.

Impfskepsis gelassen betrachtet

Eva Mell

Stellvertretende Chefredaktorin der *Schweizerischen Ärztezeitung*

Weshalb impfskeptische Eltern gute Patientinnen und Patienten sind – und was Schulmedizinerinnen und -mediziner beim Thema Impfen von komplementärmedizinischer Seite lernen können.

Es ist doch ganz einfach, oder? Der Schweizerische Impfplan des Bundesamts für Gesundheit (BAG) [1] führt genau auf, welche Impfungen die Bevölkerung ab dem Säuglingsalter erhalten sollte. Mit diesem Plan soll das Individuum ebenso geschützt werden wie das Kollektiv. Die empfohlenen Impfungen gegen Masern, Diphtherie, Tetanus und Co. gelten als wirksam und sicher. Also: Diskussion beendet, einmal den Impf-Arm ausstrecken bitte?

Nein, so einfach ist es nicht. Umfragen zufolge sind bis zu 40 Prozent der Schweizerinnen und Schweizer skeptisch gegenüber den behördlichen Impfempfehlungen [2]. Alles Behördengegner, die übermässig hohe Erwartungen an ihr Immunsystem haben? Nein, so einfach ist auch das nicht.

Um einen frischen Blick auf das nicht mehr ganz so frische Thema Impfskepsis zu bekommen, sollte man sich vor Augen führen, wie die Arzt-Patienten-Kommunikation abseits von Impfungen abläuft. Philip Tarr, Co-Chefarzt Medizinische Universitätsklinik, Infektiologie und Spitalhygiene am Kantonsspital Baselland, erklärt: «Heute wird erwartet, dass Patientinnen und Patienten mitdenken und kritische Fragen stellen.» Shared Decision Making heisst das. Den Halbgott in Weiss, dem blind vertraut wird, soll es heute nicht mehr geben. Dafür jede Menge Patientenautonomie. Auch beim Impfen?

In vielen Fällen noch nicht. Deshalb fordert Philip Tarr: «Die Impfungen sollten keine Ausnahme mehr bilden.» Zu oft würden Eltern, die kritische Fragen zu Vakzinen stellen, als Problempatienten wahrgenommen.

Zu viele Informationen verwirren

Der Infektiologe hat das Nationale Forschungsprogramm (NFP74) «Impfskeptische Eltern und Ärzte in der Schweiz» [3] geleitet, um besser zu verstehen, warum manche Menschen den behördlichen Empfehlungen nicht folgen. Die Gründe fürs Nichtimpfen sind vielschichtig, wie der Forscher erklärt: «Manche Eltern vergessen die Impfung einfach, andere sind tatsäch-

lich skeptisch und leiden an einem Überfluss an Informationen, der sie enorm verunsichert. Sie lesen zum Beispiel Bücher oder Online-Beiträge, die das Thema kritisch behandeln, und holen Meinungen von Bekannten und unterschiedlichen Fachpersonen ein.»

In einer Studie zitiert das Forschungsteam eine Mutter, die ihre eigene und die Unsicherheit ihres Mannes beschreibt: «Wir haben so viele Informationen, dass wir uns darin verlieren können» [4]. Laut Tarr neigen impfskeptisch eingestellte Eltern wie diese

Zu oft werden Eltern, die kritische Fragen zu Vakzinen stellen, als Problempatienten wahrgenommen.

Mutter eher dazu, auch noch eine komplementärmedizinische Meinung einzuholen. Ein Hinweis dafür, dass die Komplementärmedizin ein kritisch zu betrachtendes Sammelbecken für impfskeptische Menschen ist? Nein: Der Infektiologe ist sogar der Überzeugungs, dass er und seine schulmedizinisch tätigen Kolleginnen und Kollegen beim Thema Impfen manches von komplementärmedizinischer Seite lernen können. Vor allem bezüglich der Arzt-Patienten-Kommunikation.

Sorgen ernst nehmen

Komplementärmedizinerinnen und -mediziner kommunizieren offen und ehrlich mit den Eltern, nehmen ihre Sorgen ernst und besprechen die Folgen der Krankheit mit ihnen, erklärt Philip Tarr und gibt das Beispiel der Masern: «Sie fragen die Eltern, ob sie die Möglichkeiten haben, das Kind engmaschig zu pflegen, wenn es bis zu 14 Tage lang schwer krank und apathisch im Bett liegt, kaum trinken und reden kann – und ob sie sich währenddessen frei nehmen können.» Viele Eltern seien dann ganz erschrocken, wie schwer der Krankheitsverlauf sein kann und stimmen der Impfung in vielen Fällen früher oder später doch zu. Dass Philip Tarr die Komplementärmedizin stark in



Nicht alle Eltern lassen ihr Kind gemäss den behördlichen Empfehlungen impfen.

seine Forschung einbezogen hat, begrüsst Gisela Etter, Präsidentin der «UNION Schweizerischer Komplementärmedizinischer Ärzteorganisationen» und sagt: «Das Forschungsprojekt bietet hervorragende Gelegenheiten zu interdisziplinärer Zusammenarbeit, zum Überprüfen von gängigen Konzepten und zur Integration verschiedener Sichtweisen.»

Philip Tarr wirbt dafür, das Thema Impfskepsis mit einer gewissen Gelassenheit zu betrachten. Die hohen Impfraten liessen das durchaus zu. Laut dem BAG waren in der Erhebungsperiode 2017–2019 schweizweit 94 Prozent der über 16-Jährigen mit zwei Dosen gegen

«Ziel einer Impfberatung soll der gut informierte, letztlich aber freie Entscheid der Patientinnen und Patienten sein.»

Masern geimpft [5]. Impfskeptische Eltern lassen sich zum grossen Teil also überzeugen. Um künftig noch mehr von ihnen zu erreichen, könnten Schulmedizinerinnen und -mediziner laut Philip Tarr ihre Kommunikation anpassen und dabei von komplementärmedizinischer Seite lernen [6].

Mehr Engagement der Behörden nötig

Doch noch wichtiger erscheint ihm: Die Behörden sollten mehr Engagement zeigen, um den Zugang zu Impfungen und Impfinformationen zu erleichtern, zum Beispiel durch Schulimpfprogramme. Tatsächlich hat eine Studie des BAG gezeigt, dass die Impfquote in Kantonen mit viel behördlichem Engagement fürs

Impfen besonders hoch ist. Dabei zeigt sich übrigens ein Röstigraben: Eine besonders hohe Durchimpfung und viel behördliches Engagement ist laut BAG in der Romandie zu beobachten. Das Fazit aus der BAG-Studie für die Kantone mit tiefer Durchimpfquote lautet: «Systematischere, besser strukturierte und koordinierte Interventionen der Gesundheits- und Schulbehörden dürften die Durchimpfung verbessern und die Bevölkerung dürfte solche Massnahmen schätzen, solange sie die individuelle Entscheidungsfindung respektieren» [7].

Allerdings darf die Möglichkeit einer individuellen Entscheidungsfindung per Definition auch zu einem Nein zum Impfen führen. Das BAG fokussiert dennoch auf das Kollektiv und setzt sich in der Nationalen Strategie zu Impfungen (NSI) das Ziel: «Mit der NSI und dem dazugehörigen Aktionsplan sollen die Rahmenbedingungen geschaffen werden, um die Impfeempfehlungen gemäss dem Schweizerischen Impfplan umzusetzen» [8]. Die Komplementärmedizinerin Gisela Etter hingegen betont: «Ziel einer Impfberatung soll der gut informierte, letztlich aber freie Entscheid der Patientinnen und Patienten sein.»

Patientenautonomie und Public Health

Da ist sie wieder, die Patientenautonomie. Kann man sie wirklich gewährleisten, wenn gleichzeitig die öffentliche Gesundheit sichergestellt sein soll? Philip Tarr: «Es ist ein Spannungsfeld, das nie verschwinden wird, aber beide Seiten können es aushalten, wenn die Arzt-Patienten-Beziehung gestärkt wird, Ärztinnen und Ärzte mehr Zeit für die Beratung erhalten, unvoreingenommen voneinander lernen – und die Gesundheitsbehörden sich stärker fürs Impfen einsetzen.» Es ist doch ganz einfach, oder?

Bildnachweis

Michal Bar Haim / Unsplash

Literatur

- 1 www.bag.admin.ch/bag/de/home/gesund-leben/gesundheitsfoerderung-und-praevention/impfungen-prophylaxe/schweizerischer-impfplan.html
- 2 www.comparis.ch/comparis/press/medienmitteilungen/artikel/2019/krankenkasse/impfung-umfrage/impfen-und-primary-hospital-care.ch/article/doi/phc-d.2022.20103
- 3 www.nfp74.ch/de/projekte/ambulante-versorgung/projekt-tarr
- 4 bmjopen.bmj.com/content/12/2/e053267
- 5 www.bag.admin.ch/bag/de/home/gesund-leben/gesundheitsfoerderung-und-praevention/impfungen-prophylaxe/informationenfachleute-gesundheitspersonal/durchimpfung.html
- 6 primary-hospital-care.ch/article/doi/phc-d.2022.20103
- 7 BAG Bulletin 9/2018: www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/periodika/bag-bulletin.html
- 8 www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/nationale-strategie-impfungen-nsi.html

Wie Impfdetektive ermitteln

Julia Rippstein

Redaktorin Print Online

Meldungen zu Impfnebenwirkungen sind bei Swissmedic seit 2021 sprunghaft angestiegen. Dennoch bleibe das Nutzen-Risiko-Verhältnis weitgehend zugunsten der Impfungen gegen Covid-19, versichert das Institut. Ein Blick auf das Meldesystem.

Kopfschmerzen, Durchfall oder Fieber nach dem Pils: Solche unerwünschten Wirkungen werden der Heilmittelbehörde Swissmedic gemeldet. Die Impfung gegen Covid-19 hat die Zahl der Meldungen verdoppelt. Während das Institut normalerweise insgesamt rund 12 000 Meldungen über unerwünschte Wirkungen pro Jahr erhält, sind es seit Januar 2021 allein im Zusammenhang mit den Covid-19-Impfstoffen 13 388 [1].

Swissmedic sammelt und bearbeitet diese Meldungen, um sich von der Sicherheit eines Arzneimittels oder Impfstoffs zu überzeugen. Doch wie funktioniert das Meldesystem? Gesundheitsfachpersonen und die Pharmaindustrie sind gesetzlich verpflichtet, dem Institut unerwünschte Wirkungen über die eigens dafür eingerichtete Plattform ELViS oder das Meldeformular anzugeben. Auch Patientinnen und Patienten können einen Verdacht auf Nebenwirkungen melden. Bis Ende 2020 mussten Ärztinnen und Ärzte dies bei einem der sechs regionalen Pharmakovigilanz-Zentren tun, die je an ein Universitäts- oder Kantonsspital angegliedert sind. Seit Januar 2021 gehen die Meldungen direkt bei der Heilmittelaufsichtsbehörde ein. «Diese Zentralisierung ermöglicht es, das Fachwissen der regionalen Zentren für spezifische Meldungen zu nutzen, insbesondere für solche, die eine verstärkte Analyse erfordern», erklärt Christoph Küng, Leiter der Abteilung Arzneimittelsicherheit von Swissmedic.

Wenn eine Meldung bei Swissmedic eingeht, wird sie von einem interdisziplinären, zwölfköpfigen Experten-

team geprüft. Die Hälfte davon sind ärztliche Fachpersonen, die anderen Apothekerinnen und Apotheker, Biologinnen und Biologen sowie medizinische Assistentinnen und Assistenten, um nur einige zu nennen. Eine Meldung muss verschiedene Kriterien erfüllen, damit sie weiterverfolgt werden kann: Das Medikament oder der Impfstoff ist bekannt, die Informationen über die Patientin oder den Patienten und die Meldeperson sind aufgeführt und es ist mindestens eine konkrete Nebenwirkung aufgetreten.

Eine echte Detektivarbeit

Das Pharmakovigilanz-Team prüft jede Meldung und hält Ausschau nach neuen Risiken. Bei der Impfung gegen Covid-19 sind dies z.B. ein Hautausschlag oder eine Herzmuskelentzündung, die nach der Impfung auftreten. Gegebenenfalls kann sie beschliessen, ein noch fehlendes Sicherheitssignal hinzuzufügen.

Wenn eine gemeldete Nebenwirkung nicht in der Liste der bekannten Nebenwirkungen aufgeführt ist, betreibt das Pharmakovigilanz-Team Detektivarbeit. «Wir suchen nach einer Erklärung und meistens gibt es eine. Aber es ist eine Riesenarbeit», sagt Christoph Küng. Die Fachpersonen sammeln so viele Informationen wie möglich über die Meldeperson, z.B. über die Einnahme anderer Medikamente, Vorerkrankungen, Krankengeschichte oder den Zeitpunkt des Auftretens der Nebenwirkung. Allerdings ist «ein zeitlicher Zusammenhang nicht unbedingt gleichbedeutend mit einem kausalen Zusammenhang».

Wenn bisher unbekannte Nebenwirkungen wiederholt gemeldet werden, spricht man von einem «Signal». Um Spuren davon zu finden, suchen die Spezialistinnen und Spezialisten in der Fachliteratur und in Studien. «Unser Ziel ist es, das zu identifizieren, was in den Studien noch nicht hervorgehoben wurde, da diese nie zu 100% die Realität abbilden», sagt Dr. Küng. «Deshalb ist die Pharmakovigilanz so wichtig.»

Seit März 2020 hat sich der Kontakt zwischen in- und ausländischen Expertinnen und Experten enorm inten-



Samuel Regan-Asante / Unsplash

siviert. «Dieser Austausch ist sehr wichtig, wenn Verdacht auf ein neues Risiko besteht. Die Schweiz kann einen Vorsprung haben, wie es bei den Urticaria-Meldungen der Fall war, manchmal sind andere Länder schneller», erklärt Christoph Küng. Das ermöglicht, zu sehen, ob andere Länder ähnliche Meldungen erhalten haben oder nicht. Jedes neue Risiko, das in einem Land auftritt, muss vom Hersteller in der Datenbank der Weltgesundheitsorganisation (WHO) registriert werden. Die von Swissmedic ausgewerteten Meldungen, die anonymisiert in einem nationalen Register erfasst werden, werden ebenfalls an die WHO weitergeleitet.

Viel mehr «nicht schwerwiegende» Fälle

Was sollte gemeldet werden? Schwerwiegende, unbekannte oder in der Packungsbeilage des betreffenden Produkts nicht ausreichend erwähnte Nebenwirkungen sowie solche, die von besonderer medizinischer Bedeutung sind. Sie müssen von medizinischen Fachpersonen innerhalb von 15 Tagen nach Feststellung gemeldet werden. Eine Wirkung gilt als schwerwiegend, wenn sie zum Tod, zu einem potenziell tödlichen Risiko, zu einem Spitalaufenthalt (oder dessen Verlängerung) oder zu einer dauerhaften oder schweren Behinderung führt. Von den 13388 Meldungen im Zusammenhang mit dem Impfstoff gegen Covid-19, die zwischen dem 1. Januar 2021 und dem 8. März 2022 bearbeitet wurden, betrafen 38,6% schwerwiegende Fälle, während 61,4% nicht schwerwiegende Fälle betrafen. Letztere sind innerhalb von 60 Tagen zu melden. Bei den schweren Fällen betrug das Durchschnittsalter 53,3 Jahre. Am häufigsten handelte es sich um Fieber, Kopfschmerzen, Müdigkeit, Schüttelfrost, Übelkeit und Schwindel. Hinzu kommt das Sicherheitssignal, das bei Myokarditis ausgegeben wird. Diese Reaktionen sind auch die häufigsten unter den nicht schweren Fällen. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Meldepersonen selbst entscheiden, ob eine Wirkung «nicht schwerwiegend» oder «schwerwiegend» ist, ohne die Kriterien

für die Einstufung zu kennen. «Es gibt ein subjektives Element. Die Hälfte der Meldungen kommt von Betroffenen», erklärt Christoph Küng. So kommt es häufig vor, dass schwerwiegende Nebenwirkungen gemeldet werden, die nach den Definitionen der Pharmakovigilanz nicht schwerwiegend sind. «Eine Person, die fünf Tage lang Fieber hat, kann sehr leiden und dies als schwerwiegend betrachten, ohne dass es gefährlich ist», fügt er hinzu. Den internationalen Standards folgend, ändert Swissmedic diese Einstufung nicht. «Das Ergebnis ist ein verzerrtes Bild des Anteils an gemeldeten schwerwiegenden Nebenwirkungen», sagt Christoph Küng. Das mediale Interesse an der Pandemie hat dazu beigetragen, dass die Zahl der Nebenwirkungen explodiert ist und die schweren Fälle überrepräsentiert sind. Bei Swissmedic haben sich noch nie zuvor so viele Ärztinnen und Ärzte für das Meldesystem angemeldet. Auf Wunsch der FMH können sie über ihre HIN-Anmeldedaten darauf zugreifen. «Fast 40% der Meldungen werden von ärztlichen Fachpersonen gemacht», sagt Christoph Küng. Das Institut hofft, dass diese dadurch ermutigt werden, auch mehr Nebenwirkungen von anderen Präparaten zu melden. Wenn nun viele Leute wissen würden, wer Swissmedic sei und was sie tue, könnte das Institut die Bevölkerung besser über die Kriterien zur Einstufung von Nebenwirkungen informieren.

Vorsicht bei Todesfällen

Auf Todesfälle von geimpften Personen hat Swissmedic ein besonderes Auge. Wenn nötig wird die Todesursache teilweise sogar durch eine Autopsie untersucht. Die verstorbenen Personen waren im Durchschnitt 79,3 Jahre alt und litten häufig an Multimorbidität. Die Anzahl der Todesfälle ist jedoch im Verhältnis zur Anzahl der verabreichten Dosen sehr gering: Bei 15,64 Millionen verabreichten Dosen wurden nur 209 schwere Fälle festgestellt, die mit einem Tod nach einer mehr oder weniger langen Zeitspanne verbunden waren. Swissmedic erklärt, dass eine gründliche Analyse dieser Fälle auf der Grundlage der verfügbaren Daten gezeigt habe, dass es trotz des zeitlichen Zusammenhangs andere, wahrscheinlichere Ursachen gebe, die das Ereignis erklären könnten. Von den 3,07 Millionen Menschen, die sich in der Schweiz mit dem Virus infiziert haben, sind 12 842 gestorben [2]. Angesichts dieser Zahlen ist das Risiko, nach einer Erkrankung zu sterben, um ein Vielfaches höher als das Risiko nach einer Impfung, sagt Sprecher Alex Josty.

Literatur

- 1 www.swissmedic.ch/swissmedic/de/home/news/coronavirus-covid-19/covid-19-vaccines-safety-update-13.html (Stand: 14.3.2022)
- 2 www.covid19.admin.ch/de/overview?time=total (Stand: 14.3.2022)

Was sagt Infovac?

Als nationale Informationsplattform über Impfstoffe für Gesundheitsfachpersonen hat Infovac eine beratende Funktion und wird von einem unabhängigen ärztlichen Expertenteam geleitet. Bei Bedarf stehe sie Swissmedic zur Verfügung, sagt Daniel Desgrandchamps, Kinderarzt und Spezialist für Infektionskrankheiten und Infovac-Experte. Wenn Symptome erwähnt werden, die in der Fachinformation nicht beschrieben sind, weist InfoVac die fragstellende Person darauf hin, dass die Symptome gegebenenfalls gemeldet werden sollten. Wegen der oft subjektiven Wahrnehmung mutmasslicher Nebenwirkungen betont Dr. Desgrandchamps die Schlüsselaufgabe von Swissmedic, die Meldungen objektiv zu bearbeiten und fachlich zu werten. In Bezug auf die Zentralisierung der Meldungen seit 2021 ist er der Ansicht, dass sie den impfenden Fachpersonen und der Öffentlichkeit ermöglicht, ihre Beobachtungen zeitnah und in einem klar definierten Prozess zu melden. «So weit ich das beurteilen kann, funktioniert das System gut.»



Perspektivenwechsel nach zwei Jahren Corona-Politik

Zeit für eine kantonale und überkantonale Corona-Strategie

Rudolf Hauri^a, Martin Pfister^b, Yvonne Gilli^c, Dunja Nicca^d, Andrée Friedl^e, Simon Fuchs^f, Samuel Erny^g, Thomas Plattner^h, Eva Martin-Dienerⁱ, Brian Martin^j

^a Dr. med., Kantonsarzt, Amtsleiter Amt für Gesundheit Zug, Präsident Vereinigung der Kantonsärztinnen und Kantonsärzte der Schweiz VKS-AMCS; ^b Lic. phil., Landammann und Gesundheitsdirektor des Kantons Zug; ^c Dr. med., Präsidentin der Schweizerischen Ärztesgesellschaft FMH, Bern; ^d Dr. sc. med., Pflegewissenschaftlerin, Corona-Zentrum, Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention, Universität Zürich; ^e Dr. med., Leitende Ärztin Infektiologie/Spitalhygiene, Kantonsspital Baden; ^f Dr. med., MPH, Kantonsarzt, Kanton Basel-Stadt, Basel; ^g Dipl. Arzt., MPH, Kantonsarzt, Kanton Basel-Landschaft, Liestal; ^h Dr. med., MPH, Kantonsarzt, Kanton Freiburg, Freiburg; ⁱ MSc, MPH, Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention der Universität Zürich; ^j PD Dr. med., MPH, Militärärztlicher Dienst, Schweizer Armee, Bern, Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention, Universität Zürich

Das Ende der Corona-Pandemie für die Schweiz zeichnet sich ab. Damit wird sich die Gesundheitspolitik wieder auf ihre Regelstrukturen abstützen und sich statt nur auf die Kapazität der Intensivpflegestationen wieder auf umfassendere Ziele ausrichten können. Eine besondere Bedeutung werden dabei kantonale und überkantonale Corona-Strategien erlangen.

Es ist absehbar, dass mit der Omikron-Variante von SARS-CoV-2 nach der Überwindung der aktuellen Infektionswelle das Risiko für ein Systemversagen in der Schweiz deutlich sinken wird. Trotz der zwischenzeitlich sehr hohen Infektionszahlen sind die Hospitalisationen von Patientinnen und Patienten mit laborbestä-

tigter Infektion nicht im befürchteten Ausmass angestiegen, die Belegung der Intensivstationen durch Covid-19-Erkrankte ist nach wie vor hoch, aber rückläufig (Abbildung 1). Falls sich nicht noch einmal eine virulenterere und übertragbarere Variante des Virus ausbreitet, ist die Schweiz damit über ein geregeltes Aufheben

Quelle Inzidenzen: www.covid19.admin.ch, Stand 17.02.22, 15:30 Quelle Hospitalisationen: KSD, Stand 16.02.22, 18:01

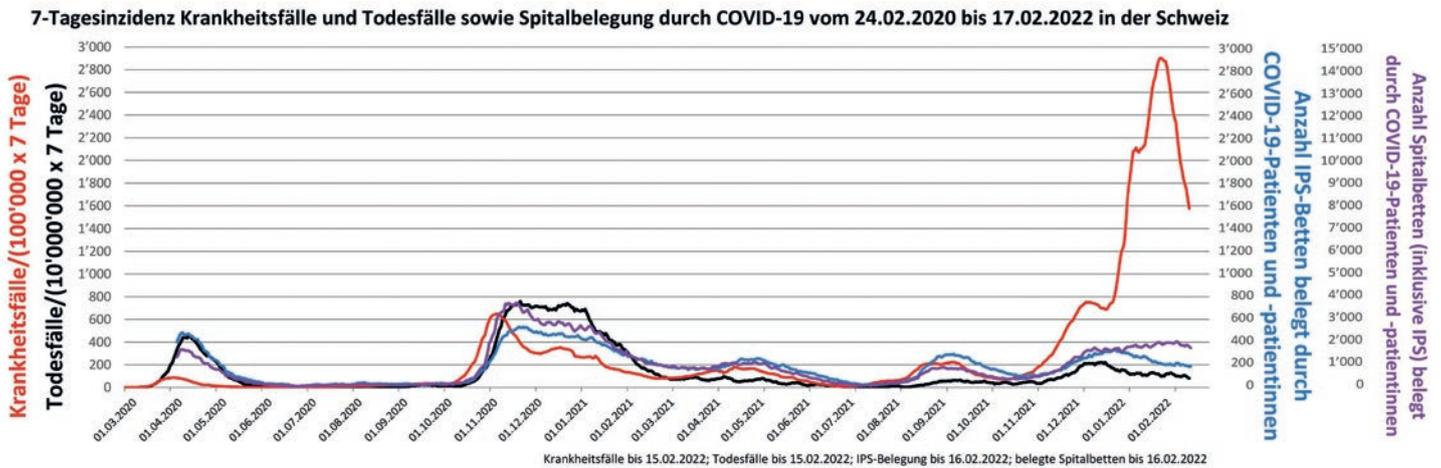


Abbildung 1: Verlauf der Covid-19-Pandemie in der Schweiz vom Tag des ersten gemeldeten Falles bis am 17.02.2022. (Quelle: Lagebericht Sanität des Militärärztlichen Dienstes MEDINTEL der Schweizer Armee vom 18.02.2022).

der Massnahmen zur Pandemiebekämpfung auf dem Weg zurück in die gesundheitspolitische Normalität. Dieser Artikel zeigt die Möglichkeiten eines Perspektivenwechsels auf, weg vom Krisenmodus und hin zu den Chancen einer umfassenden Gesundheitspolitik. Er schlägt mögliche Ziele einer zukünftigen kantonalen und überkantonalen Corona-Strategie vor, und er skizziert ein Vorgehen zu deren Erarbeitung.

Corona-Politik seit Februar 2020

Die Corona-Pandemie begann in der Schweiz mit dem ersten gemeldeten Fall am 24. Februar 2020. Bereits vier Tage später erklärte der Bundesrat die besondere

Lage gemäss Epidemien-gesetz und erliess ein Veran-staltungs-verbot ab 1000 Personen. Zunächst wurde versucht, das Virus gar nicht erst Fuss fassen zu lassen («Suppression»). Der Beginn der Infektiosität schon während der präsymptomatischen Phase ebenso wie der grosse Anteil von asymptomatischen und dennoch ansteckenden Infizierten liessen diesen Ansatz aber scheitern. Am 16. März 2020 wurde deshalb durch den Bundesrat die ausserordentliche Lage erklärt, die er-griffenen drastischen Massnahmen führten zu einem raschen Rückgang der Fallzahlen. Am 19. Juni 2020 erfolgte der Wechsel zurück zur besonderen Lage. Der Ansatz zur Eindämmung der Fallzahlen («Containment») war zunächst erfolgreich.

Aufgabenverteilung Bund und Kantone	Epidemiologische Lage gemäss Epidemien-gesetz					
	Normale Lage		Besondere Lage		Ausserordentliche Lage	
	Rolle Kanton	Rolle Bund	Rolle Kanton	Rolle Bund	Rolle Kanton	Rolle Bund
Infektionsschutz						
Prävention übertragbarer Krankheiten	Festlegung und Umsetzung	Empfehlungen & Kampagnen (HIV)	ausser Pandemie wie normale Lage		ausser Pandemie wie normale Lage	
Meldewesen übertragbarer Krankheiten	Umsetzung	Empfehlungen	Konsultation und Umsetzung	Festlegung nach Konsultation	Umsetzung	Festlegung
TTIQ (Test, Trace, Isolation and Quarantine)						
Impfungen	Möglichkeit von Programmen	Zulassung und Empfehlungen				
Bevölkerungsbezogene Massnahmen kantonal (Masken, Zulassungsbeschränkungen, Schliessungen)	Festlegung und Umsetzung	Empfehlungen	Festlegung und Umsetzung	Empfehlungen möglich	Festlegung und Umsetzung	Empfehlungen möglich
Bevölkerungsbezogene Massnahmen national (Masken, Zertifikate, Zulassungsbeschr., Schliessungen)	nicht vorgesehen		Konsultation und Umsetzung	Festlegung nach Konsultation	Umsetzung	Festlegung
Heilmittel (Arzneimittel und Medizinprodukte)	Im Rahmen Gesundheitsversorgung	Vorgaben und Zulassung	Im Rahmen Gesundheitsversorgung	Beschaffung und Distribution	Im Rahmen Gesundheitsversorgung	Beschaffung und Distribution
Übergeordnete Aufgaben						
Gesundheitspolitik	Verantwortung	Freiwillige Zusammenarbeit	ausser Pandemie wie normale Lage		ausser Pandemie wie normale Lage	
Gesundheitsversorgung	Umsetzung und Verantwortung	Teilvorgaben (z. B. Finanzierung) Teilvorgaben (z. B. Qualifikationen)	Für Infektions-schutz wie oben	Für Infektions-schutz wie oben	Für Infektions-schutz wie oben	Für Infektions-schutz wie oben
Aufsicht Gesundheitswesen						
Prävention und Gesundheitsförderung	Festlegung und Umsetzung	Freiwillige Zusammenarbeit	ausser Pandemie wie normale Lage		ausser Pandemie wie normale Lage	

Tabelle 1: Aufgabenverteilung im Infektionsschutz sowie bei relevanten übergeordneten Aufgaben zwischen Bund und Kantonen.

Zielgruppen der Strategie mit Vorschlägen für Detailziele	Vorgeschlagene übergeordnete Ziele einer kantonalen Corona-Strategie				
	Anzahl Covid-Erkrankungen minimieren	Krankheitsfolgen minimieren	Nachhaltige Entwicklung Gesundheitswesens	Nachhaltige Entwicklung anderer gesellschaftlicher Bereiche	Erneute Pandemie-Situation vorbereiten
Bevölkerung					
Die Bedürfnisse vulnerabler Bevölkerungsgruppen werden respektiert					
Schutz- und Hygieneverhalten werden angemessen aufrecht erhalten					
Verhalten bei Erkrankungssymptomen wird angemessen umgesetzt					
Impfangebote werden bedarfsgerecht genutzt					
Die Bevölkerung nutzt zuverlässige Informationsquellen zum Thema Corona					
Realistische Vorstellungen zur Belastbarkeit von Gesundheitsfachpersonen und -strukturen					
Covid-Betroffene					
Alle akut Erkrankten erhalten Behandlung entsprechend neuestem Stand des Wissens					
Alle Long-Covid Betroffenen erhalten Nachsorge entsprechend neuestem Stand					
Betroffene mit Langzeitfolgen erhalten angemessene Behandlung und Betreuung					
Angehörige von Patienten kennen und nutzen Unterstützungsangebote					
Betroffene von gesundheitlichen Begleitfolgen der Pandemie					
Patienten mit vorübergehender Unterversorgung werden nachbetreut					
Psychisch Belastete erhalten Zugang zu Beratungs- und Behandlungsangeboten					
Angehörige von Patienten mit Begleitfolgen kennen und nutzen Unterstützungsangebote					
Gesundheitsfachpersonen und -strukturen					
Fachpersonen sind auf dem neuesten Stand bezüglich Behandlung und Betreuung					
Fachpersonen kennen und nutzen Unterstützungsangebote bei Überlastung					
Führung und Strukturen im Gesundheitswesen					
Gesundheitsversorgung wird Bedarf und Bedürfnissen angepasst					
Fachpersonen können fachtechnisch und organisatorisch unterstützt werden					
Fachpersonen können bei emotionaler Belastung und Stress unterstützt werden					
Bedarfsgerechte Unterstützungsangebote stehen Institutionen zur Verfügung					
Kantonale Strukturen Infektionsschutz stehen bedarfsgerecht zur Verfügung					
Monitoring und Lagebeurteilungen werden zur Verfügung gestellt					

Tabelle 2: Vorschläge für übergeordnete Ziele und Detailziele einer kantonalen Coronastrategie. Die Blautöne entsprechen dem Beitrag, den das jeweilige Detailziel zum übergeordneten Ziel leisten kann. Dunklere Blautöne entsprechen grösseren Beiträgen.

Im Rahmen der deutlich schwerwiegenderen zweiten Welle ab Oktober 2020 sowie der unmittelbar folgenden weiteren Wellen erfolgt der Wechsel zur Verlangsamung der Ausbreitung («Mitigation»), wie sie im 3-Phasenmodell des Bundesrats vom 12. Mai 2021 erstmals ausformuliert wurde [1]. Inzwischen hat sich die öffentliche und politische Diskussion fast vollständig auf das Ziel fokussiert, den Kollaps des Gesundheitswesens und besonders der Intensivpflegestationen zu verhindern.

Chancen einer kantonalen Strategie

Durch die eingangs beschriebene Entwicklung scheint diese Gefahr nun abgewandt zu sein. Mit dem absehbaren Wechsel zurück zur normalen Lage verschieben sich die Verantwortlichkeiten zwischen Bund und Kantonen wieder. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die entsprechende Aufgabenverteilung in den verschiedenen Lagen gemäss Epidemiengesetz [2, 3].

Nach einer Transitionsphase werden die Akteure des Gesundheitswesens wieder ihre Rolle gemäss normaler epidemiologischer Lage wahrnehmen, und auch die Corona-Politik wird in die Verantwortung der kantonalen Gesundheitsdirektionen übergehen. Damit ergibt sich die Chance, dass nach der Systemerhaltung wieder Aspekte wie das Vorsorgeprinzip, die Lebensqualität und die Gesundheitsversorgung aller Erkrankten oder die Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen in die Diskussion eingebracht werden. Die Strukturen für die Ausbruchsbekämpfung und das Impfen können den neuen Bedürfnissen angepasst werden, Vorschriften wieder durch Verhaltensempfehlungen ersetzt werden, neue soziale Normen sich herausbilden, innovative Ansätze ausgetestet werden, und die Angebote in der Gesundheitsversorgung können bedarfsgerecht weiterentwickelt werden.

Die zukünftigen Massnahmen sollen sich dabei auf die Ziele ausrichten, wie sie nun für kantonale Corona-Strategien und auch für die überkantonale Zusammenarbeit definiert werden können. Wie bei anderen Krankheiten können sich diese Ziele auf eine Minimierung der Anzahl der Erkrankungen und der Erkrankungsfolgen sowie auf eine nachhaltige Entwicklung des Gesundheitswesens und anderer gesellschaftlicher Bereiche hin orientieren. Zu letzteren gehören beispielsweise Bildung, Arbeit, Freizeit und Kultur, Reisen und Tourismus. Nicht zuletzt müssen aber auch auf kantonaler und lokaler Ebene die Erfahrungen der letzten zwei Jahre ausgewertet und für die Vorbereitung auf nächste pandemische Bedrohungen genutzt werden.

Tabelle 2 zeigt exemplarisch mögliche Ziele einer kantonalen Corona-Strategie, wie sie unter Berücksichtigung der lokalen Bedürfnisse für die verschiedenen Zielgruppen definiert werden können. Die Definition und Gewichtung der Ziele ist bereits Teil der Entwicklung einer solchen Strategie.

Entwicklung und Umsetzung

Strategien zu Gesundheitsthemen sind eine Möglichkeit, relevante Akteure und Bevölkerungsgruppen einzubinden und so bedarfsgerechte und nachhaltige Lösungen auf kantonaler Ebene zu finden und umzusetzen. Tabelle 3 zeigt exemplarisch Akteure und ihre möglichen Beiträge zu den übergeordneten Zielen einer kantonalen Corona-Strategie. Die Ausarbeitung einer Strategie umfasst darüber hinaus die Festlegung der Massnahmen, die Sicherstellung der Ressourcen, die Definition eines Zeitplans sowie die Planung der Evaluation. Dafür ebenso wie bei der Umsetzung ihrer jeweiligen Strategie werden die Kantone ihre eigenen Schwerpunkte setzen, ihre relevanten Akteure identi-

fizieren sowie auf ihre eigenen Strukturen und Abläufe zurückgreifen.

Die Erfahrungen der letzten beiden Jahre auf lokaler und kantonaler Ebene sind auch für Strategien im Hinblick auf die normale epidemiologische Lage von gros-

Auch auf lokaler und kantonaler Ebene müssen die Erfahrungen der letzten zwei Jahre ausgewertet werden.

ser Bedeutung. Der Einbezug insbesondere der Leistungserbringer in den Arztpraxen, in den Spitälern, bei den Rettungsdiensten sowie in der Langzeitpflege geschieht idealerweise bereits in der Vorbereitung von

Massnahmen und bei der Kommunikation. So sind die entsprechenden Ressourcen und Bedürfnisse auch bezüglich Vorlaufzeiten bekannt, falls sich die Lage ändert und Anpassungen vorgenommen werden müssen. Ein bedarfsgerechtes Monitoringsystem mit nachvollziehbaren und den Zielsetzungen angepassten Indikatoren sowie regelmässige und transparente Lagebeurteilungen [4] sind die Grundlage für eine sachliche Diskussion unter allen Akteuren. Zudem erlauben sie den einzelnen Organisationen, ihre eigenen Bedürfnisse zu antizipieren und sich nötigenfalls mit Partnern abzusprechen.

Konkrete Ziele ähnlich denen in Tabelle 2 müssen allenfalls über verschiedene Massnahmen sowie über

Mögliche Akteure für die Entwicklung und Umsetzung einer kantonalen Corona-Strategie	Vorgeschlagene übergeordnete Ziele einer kantonalen und überkantonalen Corona-Strategie				
	Anzahl Covid-Erkrankungen minimieren	Krankheitsfolgen minimieren	Nachhaltige Entwicklung Gesundheits-wesen	Nachhaltige Entwicklung anderer gesellschaftlicher Bereiche	Erneute Pandemie-Situation vorbereiten
Private auf kantonaler Ebene					
Patientenorganisationen					
Gesundheitsligen					
Fachgesellschaften					
Standesorganisationen					
Ambulante Gesundheitsversorgung					
Spitäler					
Rehakliniken					
Alters- und Pflegeheime (APH)					
Andere Arbeitgeber					
Gemeinde-Institutionen					
Gesundheits- und Sozialbehörden					
Bildungsbehörden					
Schulen					
Kantonale Institutionen					
Gesundheits- und Sozialbehörden					
Kantonale Gesundheitsförderung					
Bildungsbehörden					
Schulen					
Zivilschutz					
Überkantonale Strukturen					
Patientenorganisationen					
Gesundheitsligen					
Fachgesellschaften					
Standesorganisationen					
Fachverbände (Spitäler, Reha, APH)					
Akademische Partner					
Armee					
Koordinierter Sanitätsdienst KSD					
Vereinigung der Kantonsärzte der Schweiz VKS					
Regionale Konferenzen (CLASS, GRSP)					
Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK					
Bundesamt für Gesundheit BAG					

Tabelle 3: Mögliche Akteure und Schwerpunkte ihrer Beiträge in der Entwicklung und Umsetzung einer kantonalen Coronastrategie. Die Blautöne entsprechen dem Beitrag, den der jeweilige Akteur zum übergeordneten Ziel leisten kann. Dunklere Blautöne entsprechen dabei grösseren Beiträgen.

die Ausrichtung auf zwischengelagerte Prozessziele angegangen werden. So können zum Beispiel im Hinblick auf die bedarfsgerechte Nutzung von Impfbereitgestellten Massnahmen zur Verbesserung der impfbezogenen Gesundheitskompetenz eine wichtige Rolle spielen. Hier wie auch bei Reintegration von Langzeit-Betroffenen kann zudem angewandte Forschung einen wichtigen Beitrag leisten.

Die Etablierung entsprechender, oft überkantonaler Kooperationen erlaubt es auch bei einer allfälligen Verschärfung der Lage, rasch auf interprofessionelle Expertise zuzugreifen. Das Gleiche gilt für die Praxis, beispielsweise bezüglich Infektionsprophylaxe oder Skill-Grade-Mix in der Pflege. In verschiedenen Kantonen haben die Spitäler in den letzten beiden Jahren eng zusammengearbeitet, ein erfolgreiches interkantonales Beispiel ist die Koordination der intensivmedizinischen Kapazitäten im Rahmen der «gemeinsamen Gesundheitsregion» Basel-Stadt und Basellandschaft.

Perspektiven

Die Corona-Pandemie ist noch nicht vorbei. Die anspruchsvolle Transitionsphase ist noch zu bewältigen, auch das Auftreten neuer aggressiver Virusvarianten kann nicht ausgeschlossen werden. Dennoch ist jetzt

der Zeitpunkt gekommen, den Blick nach vorne zu richten und gemeinsam mit der Bevölkerung und den Betroffenen das vielbeschworene «Leben mit dem Virus» aktiv in Angriff zu nehmen. Den kantonalen Gesundheitsbehörden kommt hierbei die Rolle des Schrittmachers zu.

Nur gemeinsam mit den Akteuren auf lokaler sowie auf überkantonaler Ebene sowie ihrer Expertise und ihren Ressourcen wird es möglich sein, die Ziele einer kantonalen Strategie zu erreichen, von den Erfahrun-

Der Zeitpunkt ist gekommen, das vielbeschworene «Leben mit dem Virus» aktiv in Angriff zu nehmen.

gen aus anderen Bereichen unseres föderalen Systems zu profitieren und für die nächste pandemische Bedrohung bereit zu sein.

Kantonale Gesundheitsstrategien werden auch zu anderen Themen erfolgreich umgesetzt, aktuell zum Beispiel die Suizidpräventionsstrategie sowie die Suchtstrategie im Kanton Zug. Exemplarisch ist nach wie vor die Suchtpräventionsstrategie von Stadt und Kanton Zürich, die in den 1990er-Jahren aus der Krisensituation der offenen Drogenszene und derjenigen von AIDS entstanden ist [5]. Sie hat über Jahre hinaus die Entwicklung auch auf nationaler Ebene sowie über die Landesgrenzen hinaus [6] beeinflusst.

Verdankungen

Die Autorinnen und Autoren danken Dr. med. Pirmin Schmid, MSc, Medical Intelligence Militärärztlicher Dienst Bern, für die Überlassung von Abbildung 1. Sie danken dipl. Ärztin Eileen Martin, Infektiologie und Infektionsprävention Kantonsspital Aarau, für die kritische Durchsicht des Manuskripts.

Literatur

- 1 Konzeptpapier Drei-Phasen-Modell. Bericht des Bundesrates zur Konkretisierung des Drei-Phasen-Modells. Bern: 12. Mai 2021.
- 2 Bundesamt für Gesundheit. Influenza-Pandemieplan Schweiz. 5. aktualisierte Auflage. Bern: Januar 2018. p. 19 (Abb 1.3.1).
- 3 Martin B, Klaey H, Müller A, Gügler C, Koepfli A, Gross B, Pfister M, Hauri R. Das Konzept des Kantons Zug für die zweite Welle von COVID-19. Schweiz Ärztztg. 2020;101:928–32.
- 4 Martin B, Martin-Diener E, Pfister M, Hauri R. Erfahrungen mit dem Konzept des Kantons Zug für COVID-19. Schweiz Ärztztg 2021;102:280–3.
- 5 Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich und Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (Hrsg). Suchtpräventionskonzept. Zürich; 1991.
- 6 Rehm J, Gschwend P, Steffen T, Gutzwiller F, Dobler-Mikola A, Uchtenhagen A. Feasibility, safety, and efficacy of injectable heroin prescription for refractory opioid addicts: a follow-up study. Lancet 2001;358:1417–20.

Das Wichtigste in Kürze

- Die Bekämpfung der Corona-Pandemie in der Schweiz hat sich von der Suppression über das Containment zur Mitigation entwickelt. Zuletzt hat sich die öffentliche und politische Diskussion fast vollständig darauf fokussiert, die Funktionsfähigkeit des Gesundheitswesens aufrecht zu erhalten.
- Mit einer Stabilisierung der Situation im Gesundheitswesen sowie noch hohen, aber rückläufigen Fallzahlen zeichnet sich eine Rückkehr in die normale epidemiologische Lage ab.
- Damit können wieder Aspekte wie das Vorsorgeprinzip, die Lebensqualität und die Gesundheitsversorgung aller Erkrankten oder die Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen in die Diskussion eingebracht werden.
- Kantonale Corona-Strategien können zur Minimierung der Anzahl Erkrankungen und Erkrankungsfolgen, zu einer nachhaltigen Entwicklung des Gesundheitswesens und anderer gesellschaftlicher Bereiche beitragen. Durch Nutzung auch der lokalen und überkantonalen Expertise und Ressourcen können sie zudem die Bereitschaft auf die nächste pandemische Bedrohung sicherstellen.

redaktion.saez[at]emh.ch

Inselspital Bern: Neuer Chefarzt für die Medizinische Onkologie

Prof. Dr. med. Urban Novak ist seit März neuer Chefarzt an der Universitätsklinik für Medizinische Onkologie am Tumorzentrum Bern. Novak schloss 1996 sein Medizinstudium an der Universität Bern ab und promovierte 1998 ebenda. 2010 erlangte er den Facharzttitel für Allgemeine Innere Medizin und 2012 den Facharzttitel für Medizinische Onkologie. Er begann seine Assistenzarztzeit in Thun und kam via Universitätsspital Zürich 2002 ans Inselspital. Nach einem fünfjährigen Forschungsaufenthalt am Institute for Cancer Genetics an der Columbia University in New York kehrte er 2009 ans Inselspital zurück. Seit 2021 ist er stellvertretender Chefarzt der Universitätsklinik für Medizinische Onkologie. Zuvor war er dort bereits als Oberarzt und ab 2015 als Leitender Arzt tätig. Zudem leitet Urban Novak seit 2010 die Medizinische Onkologie am Brust- und Tumorzentrum und seit 2017 das Ambulatorium der Medizinischen Onkologie des Inselspitals. Er ist in der translationellen Laborforschung zu malignen Lymphomen tätig und war bei der Einführung der zellulären Immuntherapien für Lymphome in der Schweiz beteiligt. Ende 2021 wurde er in den Vorstand der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für Klinische Krebsforschung (SAKK) gewählt.



Prof. Dr. Urban Novak
(© Insel Gruppe AG, Kreation).

Zurzach Care ernennt Chefarzt der Rehaklinik Basel



Dr. Stephan Erni (© ZURZ-ACH Care).

Dr. med. Stephan Erni wird Chefarzt der neuen Rehaklinik Basel, die im Sommer 2022 eröffnet wird. Der Basler Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie übernimmt die medizinische Leitung und die Standortleitung der ins Claraspital integrierten Klinik mit Fokus auf internistische und onkologische Rehabilitation.

Erni war von 2016 bis 2017 als Oberarzt im Kantonsspital Aarau angestellt und danach in gleicher Funktion im Bethesda-Spital Basel, bevor er im Frühling 2019 zu Zurzach Care wechselte. Dort ist er als Leitender Arzt und Leiter des Ambulanten Zentrums in Bad Zurzach tätig. Der 45-Jährige legte 2007 an der Universität Basel sein Staatsexamen ab, später erlangte er den Facharzt für Innere Medizin und anschliessend auch jenen für Rheumatologie. Zusätzlich verfügt Erni über einen Fähigkeitsausweis für Manuelle Medizin sowie Interventionelle Schmerzmedizin. Seit zwei Jahren ist er zudem anerkannter Schmerzspezialist (SPS).

Thomas Nierle, nouveau directeur médical du GHOL



Dr. Thomas Nierle (© GHOL).

Dr. Thomas Nierle est le nouveau directeur médical du Groupement hospitalier de l'Ouest lémanique (GHOL) et succède au Dr. Laurent Christin. Né en Allemagne, il y effectue sa formation médicale et débute son assistantat à l'Hôpital Universitaire d'Ulme en hématologie et oncologie.

En 1997, il part au Tibet en tant que médecin d'expédition alpiniste, où il rencontre l'association Médecins Sans Frontières (MSF) pour laquelle il se rendra notamment en Afghanistan et à Madagascar. En 2000, il devient responsable des programmes d'urgence chez MSF à Genève puis prend le poste de directeur des opérations de MSF Suisse. En 2004, Thomas Nierle termine sa formation médicale d'interniste en Valais. Il achève la spécialité en médecine d'urgences aux HUG. De 2009 à 2014, il occupe le poste de chef de service de médecine et responsable des urgences de l'Hôpital du Jura Bernois (HJB), dont il devient le directeur médical en 2014. Il est aussi élu président du conseil d'administration de MSF Suisse.

Stadtspital Zürich: neue Chefarztin Radiologie



PD Dr. Thi Dan Linh Nguyen-Kim (© Stadtspital Zürich).

PD Dr. med. Thi Dan Linh Nguyen-Kim übernimmt die Führung der Radiologie Waid per 1. April 2022. Ihr Vorgänger Dr. med. Tarzis Jung tritt in den Ruhestand. Die 44-jährige Nguyen-Kim ist eine erfahrene Radiologin mit besonderer Expertise in

der onkologischen Bildgebung und der Thoraxradiologie. Aktuell ist sie als Oberärztin am Institut für diagnostische und interventionelle Radiologie am Universitätsspital Zürich (USZ) tätig. Nguyen-Kim absolvierte das Medizinstudium an der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen und verbrachte bereits ihre Assistenzzeit am USZ. Aufgrund ihrer ausgewiesenen akademischen Leistung wurde sie 2019 von der Medizinischen Fakultät der Universität Zürich zur Privatdozentin ernannt. Daneben arbeitet sie seit 2017 als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Netherlands Cancer Institute.



Erlebnisse während einer Bewusstlosigkeit

Peter Winzeler

Dr. med., Facharzt für Allgemeine Medizin, Teufen AR

Als pensionierter Allgemeinpraktiker erlebte ich kürzlich einen Rollentausch zum Patienten. Für eine geplante endoskopische Bauchoperation wurde eine ca. einwöchige Hospitalisation veranschlagt. Effektiv dauerte der Spitalaufenthalt fünf Wochen mit anschliessender dreiwöchiger stationärer Reha.

Nach anfänglich gutem Verlauf war nach neun Tagen eine Zweitoperation notwendig, diesmal eine Laparotomie. Hauptgrund waren ein Bridenileus und Probleme im Bereich der Erstoperation. Wegen einer retrograden Amnesie weiss ich einzig etwas von erhöhten Entzündungszeichen im Blut. Symptome oder ärztliche Gespräche sind ausgeblendet, obwohl ich anderen Ärztinnen und Ärzten berichtet haben soll, dass nochmals operiert werden müsse.

Unerwartete Komplikation

Bei der zweiten Narkoseeinleitung fand eine Aspiration von Nahrungsresten statt, was zu einem ARDS und konsekutiver Aspirationspneumonie führte, die eine vierzehntägige maschinelle Beatmung notwendig machten. Pleura- und Abdominaldrainagen, arterielle

und zentrale Zugänge, diverse Infusionen und ein Blasenkatheter – also das Vollprogramm – waren auch nach dem Aufwachen noch in Aktion.

Auf der Intensivpflegestation

Während der Bewusstlosigkeit fantasierte bzw. halluzinierte ich zu mehreren Themen, die ich jeweils als Voyeur miterlebte. Beispiele sind:

- Ein spitalnahes Quartier war ein geheimdienstliches Zentrum. Die Häuser waren in herbstlichen Tarnfarben bemalt. Ein US-amerikanischer Transporthelikopter mit einem wespenkopffartigen Cockpit – er konnte als Aussenlast einen Schiffscontainer tragen – war jeweils getarnt bei einem Bauernhaus stationiert. P.S. Die markanten Gebäude des Quartiers und das Bauernhaus gibt es

real, allerdings ohne Tarnfarben. Den Helikopter sucht man vergebens.

- Als Beifahrer, gekleidet im Spitalhemd, durfte ich in einem geländegängigen Lastwagen, ausgebaut als medizinisches Notfallfahrzeug mit einem Behandlungs- und Operationsraum zu einem Grossunfall ausfahren. Unwetter verursachten auf der Zürcher Forch-Autobahn Eisregen, viele umgestürzte Bäume und massenhaft Autokarambolagen. Rund herum blinkten Blaulicht-Fahrzeuge von Polizei, Feuerwehr und Sanität. Herumliegende Bäume mussten weggeräumt werden. Das Dröhnen unzähliger Kettensägen von Feuerwehr und Forstdiensten produzierte eine imposante Lärmkulisse. Unfallopfer sah ich wenige. Erinnern kann ich mich an einen entkleideten Feuerwehrmann, offensichtlich mit Beckenfrakturen und an einen im Auto eingeklemmten, verstorbenen österreichischen Autolenker.
- Unsere Intensivpflegestation (IPS) war in einen Eisenbahnzug eingebaut mit Kojen, eine hinter der andern. Wir pendelten täglich zwischen dem Tessin und der Ostschweiz. Personalwechsel war jeweils im Tessin und es dauerte immer lange, bis der Zug um Mitternacht herum endlich zur Rückfahrt losfahren durfte.

Weihnachten und Neujahr 2021/22 existieren für mich nicht, die Zeitspanne ist vollständig ausradiert.

- Einige Male erlitt ich (fantasierend oder echt?) heftige Drehschwindelattacken – wie eine Eiskunstläuferin in der Pirouette. Ich musste mich mit beiden Händen am Bettrand und an den herbeigeeilten Pflegefachpersonen festhalten.
- In einer Nacht wurden (fantasierend) auf der IPS drei Exit-Suizide durchgeführt. Anwesend waren Polizisten in Zivil und ein Staatsanwalt. Die Stimmung beim Pflegepersonal war sehr gedrückt.
- Wohl im Zusammenhang mit der Covid-19-Pandemie sah ich in einem Städtchen des Mittellandes, nahe einer mittelalterlichen Bogenbrücke, Personen in schwarzen Pest-Schutzanzügen und Gesichtsmasken in Vogelschnabelform.

Endlich aufwachen

Beim Aufwachen aus der Bewusstlosigkeit realisierte ich, dass Nächte auf der IPS lang sind. Mein Zeitgefühl war verschoben und meist hatte ich um Mitternacht herum einen Aktivitätsdrang, dies zum Leidwesen des Pflegepersonals. Ich war auch überzeugt, dass die Wanduhr in der Nacht eine bis zwei Stunden angehalten wurde.

Der Psychologe meinte, dass sich das Hirn mit den Fantasien eine Schutzwelt aufgebaut habe, in der ich mich zurechtfinden konnte.

Nach dem Aufwachen musste ich fragend in Erfahrung bringen, was eigentlich vorgefallen war. Es brauchte mehrere Anläufe, bis ich die Zusammenhänge erfasste. Weihnachten und Neujahr 2021/22 existieren für mich nicht, die Zeitspanne ist vollständig ausradiert. Ich kann mich auch nachträglich nicht in diese Periode einfühlen.

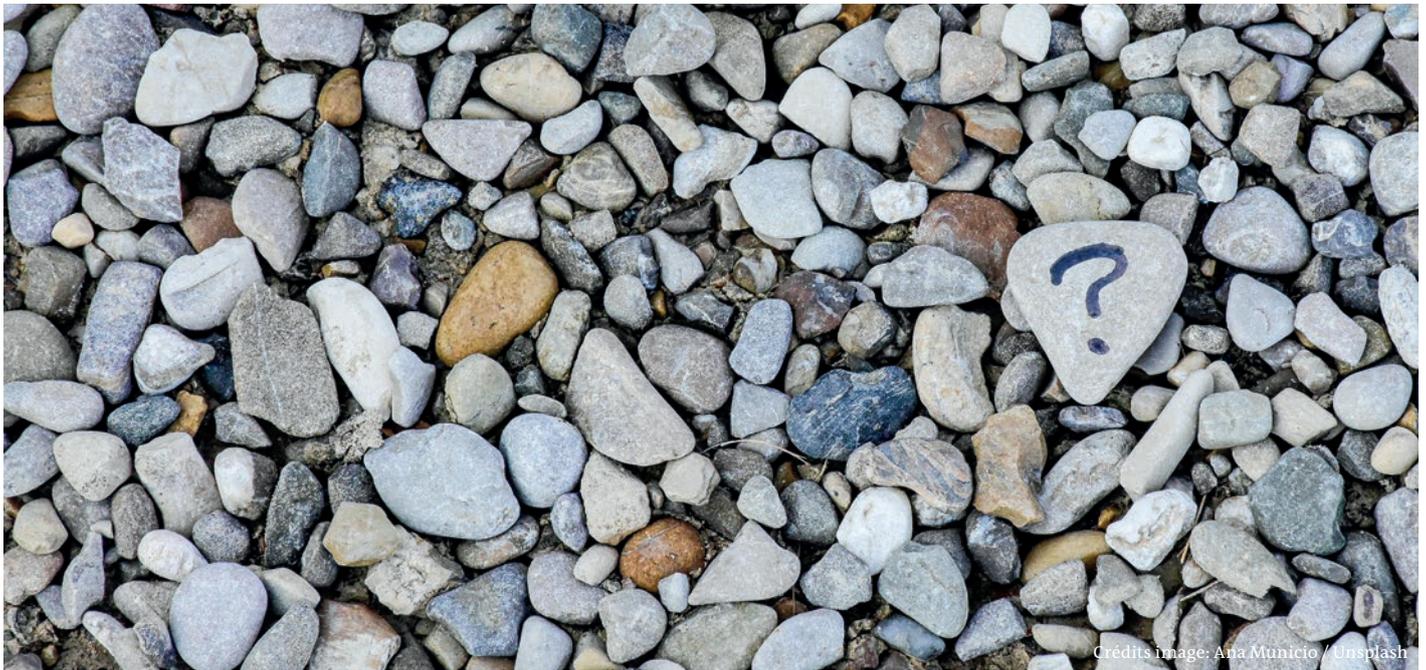
Deutung der Fantasien

Während der Reha tauschte ich mich mit einem Psychologen aus. Ich selbst weiss keine Antwort darauf, was der Zweck des Erlebten sein könnte. Der Psychologe meinte, dass sich das Hirn mit den Fantasien aus mir grundsätzlich bekannten Gebieten möglicherweise eine Schutzwelt aufgebaut habe, in der ich mich einigermaßen zurechtfinden konnte.

Es lässt sich unschwer vorstellen, dass unsere Familie und insbesondere meine Gattin eine schwere Zeit erlebten. Sie waren mehrfach bei mir, ich hatte jedoch nur für kurze Zeit Energie, um mich auf Besuche einzulassen. Mit 15 kg Gewichtsverlust und einem markanten Muskelschwund hat sich mein Äusseres verändert. Heute, zweieinhalb Monate nach der Erstoperation, geht es uns allen deutlich besser. Weiterhin mit ambulanter Physiotherapie steigert sich die körperliche Fitness und das Essen beginnt, wieder Spass zu machen. P.S. Es wäre noch interessant zu erfahren, ob beatmete Covid-Patienten und -Patientinnen auch Fantasien bzw. Halluzinationen erlebt haben und ob diese thematisch ebenso breit gefächert waren.

Bildnachweis

Dimitris Kolyris | Dreamstime.com



Crédits image: Ana Municio / Unsplash

Quo Vadis Veritas?

Jean-Jacques Perrenoud

Dr, spécialiste en médecine interne, cardiologie à la retraite, ancien prof. associé à l'Université de Genève

Appréhendée par les philosophes depuis l'Antiquité, la vérité comprend *in se* le jugement du vrai et du faux et doit coïncider avec la réalité, au-delà des croyances ou des préjugés. Le dictionnaire la définit ainsi: «Caractère de ce qui est vrai; adéquation entre la réalité et l'homme qui la pense.»

Le langage de la vérité est simple et n'est le monopole de personne (Sénèque, entre 4 et 1 av. J.-C. – 65 apr. J.-C.)

Si la première partie de la définition convient à la science, avec ses doutes et ses constantes corrections, la seconde ouvre la perspective de vérités multiples tant sont nombreux les hommes et les femmes aux certitudes diverses qui estiment être en accord avec la réalité: *quot homines, tot sententiae* (autant d'hommes, autant d'opinions) (Térence, 190–159 av. J.-C.). Cette assertion plus que deux fois millénaire se trouve confortée par le numérique contemporain qui permet à chacun de sélectionner ses informations pour se forger un avis. A cet égard, un certain virus couronné a probablement dévoilé toute la gamme des réflexions et comportements de l'humanité.

L'origine du problème

Le problème commence quand la conviction, sincère même dans la faute, mensongère ou fanatique, tient lieu de vérité aux responsables (et irresponsables!) po-

litiques, religieux, aux intellectuels engagés et inspire leurs actions ou leurs écrits. Elle produit le meilleur: le Général de Gaulle et Winston Churchill en 1940, l'Abbé Pierre, Martin Luther King et tant d'autres, comme le pire: le nazisme, les génocides, le négationnisme, les sectes. Elle peut conduire à de regrettables égarements, tels les propos de Jean-Paul Sartre à son retour du pays

Le problème commence quand la conviction, sincère même dans la faute, mensongère ou fanatique, tient lieu de vérité aux responsables.

des Soviétiques en 1954: «La liberté de critique est pleine et entière en URSS», ou ceux de Maurice Thorez, secrétaire général du Parti communiste français de 1930 à 1964, qui glorifie, à la Maison de la Mutualité de Paris, le 21 décembre 1949, l'un des plus grands criminels de l'histoire: «Cher et grand Staline». Le funeste autocrate soviétique est encore honoré par Paul Eluard: «... Et Staline dissipe aujourd'hui le malheur / La confiance est le fruit de son cerveau d'amour...» (*Ode à Staline*, 1950), et par Louis Aragon: «... l'homme qui disait que gouver-

ner c'est prévoir, et qui a toujours prévu juste...» (*Staline et la France*, Lettres françaises, 12 mars 1953).

«L'obstination et ardeur d'opinion est la plus sûre preuve de la bêtise» (Montaigne, 1533–1592, *Les Essais*). Devenue croyance, la conviction nie la connaissance scientifique, à l'instar des créationnistes: «Le *Mouvement évangélique* a pour postulat de base que la Bible est la parole de Dieu et que tout ce qui y est écrit est par conséquent vrai» [1]. Déguisée en mensonge, elle cautionne l'absence de transparence et de justice des Etats totalitaires, justifie les guerres, conforte les thèses du

Déguisée en mensonge, la conviction cautionne l'absence de transparence et de justice des Etats totalitaires, justifie les guerres.

complot largement diffusées sur les réseaux sociaux et alimente fausses nouvelles et *cancel culture*. «Le discours politique est conçu pour faire passer le mensonge comme véridique» [2]. Quand elle se mue en un obscur fanatisme (du latin *fanum* = temple), elle nourrit un islamisme sanguinaire. «Il n'y a qu'un pas du fanatisme à la barbarie» (Diderot, 1713–1784, *Essai sur le mérite et la vertu*).

Crise de valeurs morales

«Toute vérité n'est pas bonne à dire» (Piron, 1689–1773, *Les Chimères ou le Bonheur de l'illusion*). Et encore moins à écrire! C'est ce que tente de faire, dans *Un coupable presque parfait*, l'essayiste et philosophe français Pascal Bruckner. En regard d'un monde occidental en crise de valeurs morales, objet de nombreuses critiques, il dénonce l'autoflagellation de l'homme blanc ainsi que les propos haineux et partiaux de celles et ceux qui le considèrent à l'origine de tous les maux. Il constate que le progrès, la liberté et l'universel pour lesquels se battirent tant d'individus cédèrent la place, après la chute du Mur en 1989, à d'autres «valeurs» telles que la race, le genre et l'identité. S'ensuivirent, selon lui, trois nouveaux discours, néo-féministe, anti-raciste et décolonial, importés des Etats-Unis, faisant de l'homme blanc le vrai coupable.

A ceux qui, n'ayant joué aucun rôle dans l'abolition de l'esclavage ou du colonialisme, veulent déboulonner les statues ou rebaptiser les rues, Bruckner demande: «Pourquoi démolir les monuments au lieu d'en faire les outils d'une pédagogie de la mémoire?» [3].

La véracité requiert une certaine dose de connaissance, de mémoire et de courage alors que depuis toujours, l'intelligence contribue autant à détecter le vrai qu'à échafauder le faux. Quant à la sincérité, sans doute

réelle chez nombre d'individus, elle ne met pas à l'abri de la sottise ceux d'entre eux qui pensent et agissent avec cette sûreté dans l'erreur que donne la pratique d'une longue ignorance, à l'image des antivax. «Pour mesurer son incompetence, il faut être... compétent! L'ignorance rend plus sûr de soi que la connaissance» [4]. La pandémie actuelle a mis et met encore à l'épreuve épidémiologistes, chercheurs, médecins hospitaliers et praticiens, bioéthiciens, tous sommés dès le début de livrer des réponses rapides et sûres aux nombreuses questions posées par un phénomène planétaire. Or, la médecine procède de l'expérience et de l'apprentissage qui rendent sa vérité évolutive, celle d'un jour n'étant pas celle du lendemain et c'est ainsi qu'elle progresse depuis des siècles.

Et encore, la vérité peut être relative, ainsi celle contenue dans l'*Evidence-Based Medicine* (EBM) qui a montré ses limites au niveau individuel et dont les recommandations ne peuvent s'appliquer sans nuances ou restrictions à la population gériatrique polymorbide.

L'indépendance d'esprit comme garante?

Enfin, l'indépendance d'esprit s'avère nécessaire à ce que les Anciens nommaient *mens aequa* (esprit juste). S'ensuit la question iconoclaste de savoir si la neutralité politique ou religieuse ne serait pas une condition préalable à la quête du vrai. L'appartenance à un parti, une religion, une société secrète, non seulement révèle les convictions ou les croyances de leurs adeptes, mais encore oriente leurs réflexions et leurs actes dans les grands projets de société comme dans leur vie quotidienne, au risque d'un possible manque d'objectivité. Quelle que soit la réponse, l'histoire montre qu'une fausse vérité sert maintes fois l'ambition ou l'intérêt et légitime les pires turpitudes. «La vérité se venge toujours tôt ou tard de qui tente de la bafouer. Rien ne s'édifie de durable sur les mensonges. Et bien vite sont condamnées les civilisations incapables de discerner le vrai du faux, le bien du mal, *fas et nefas*» [ce qui est permis, ce qui ne l'est pas, N.D.A.] [5].

Références

- 1 Grandjean M. L'Évangile du chaos. In Campus n° 143, Le Magazine scientifique de l'Université de Genève, 2020.
- 2 Orwell G. *Politics and the English Language*. Londres: Penguin edition; 1946.
- 3 Bruckner P. *Un coupable presque parfait*. Paris: Editions Grasset; 2020.
- 4 Klein E. Chacun sa vérité. *L'Information immobilière* n° 135, été 2021.
- 5 Général De Cossé Brissac C, Chef du Service historique de l'Armée. Préface (tome I) à l'*Histoire controversée de la deuxième guerre mondiale* par le lieutenant-colonel Eddy Bauer. Paris: Editions Romaldi; 1966.

Last oder Freude?

Werner Bauer

Dr. med., ehem. Präsident des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung SIWF



«I suppose you want to be remembered as a competent clinical teacher. It is one of the highest professional privileges anyone can wish for.»

Diese Worte von W.J. Hall, einem hervorragenden Geriater und ehemaligen Präsidenten des *American College of Physicians*, kommen mir immer wieder in den Sinn, wenn ich mit Situationen der ärztlichen Weiterbildung in der Schweiz konfrontiert werde.

Grundsätzlich bin ich davon überzeugt, dass die Assistenzärztinnen und Assistenzärzte gut auf ihr zukünftiges Berufsleben vorbereitet werden. Das Gleiche gilt für die Studentinnen und Studenten an den Medizinischen Fakultäten.

Und doch! Und doch beschleichen mich immer wieder Sorgen und Zweifel. Sie betreffen einerseits Einzelfälle von Weiterbildungsstätten, welche die Anforderungen nicht genügend erfüllen, und andererseits Entwicklungen, welche den Stellenwert des Lehrens an unseren Spitälern in Frage stellen und bedrohen. Ich möchte nicht falsch verstanden werden: Auch in der Schweiz gibt es unzählige Kaderärztinnen und -ärzte, welchen die Schulung und Förderung ihrer jungen Kolleginnen und Kollegen ein echtes Anliegen ist, für das sie sich mit ihrer ganzen Energie und auch als Vorbilder engagieren. Ihnen wird diese Aufgabe aber an vielen Orten zunehmend schwer gemacht, weil der Stellenwert der Ökonomie und der Effizienz an ihren Arbeitsstätten stetig zunimmt, wohingegen die Sorge um eine gute Weiterbildung, die nun halt einmal genügend Zeit und damit Geld benötigt, in den Traktandenlisten der Spitaldirektionen weiter und weiter nach hinten rutscht.

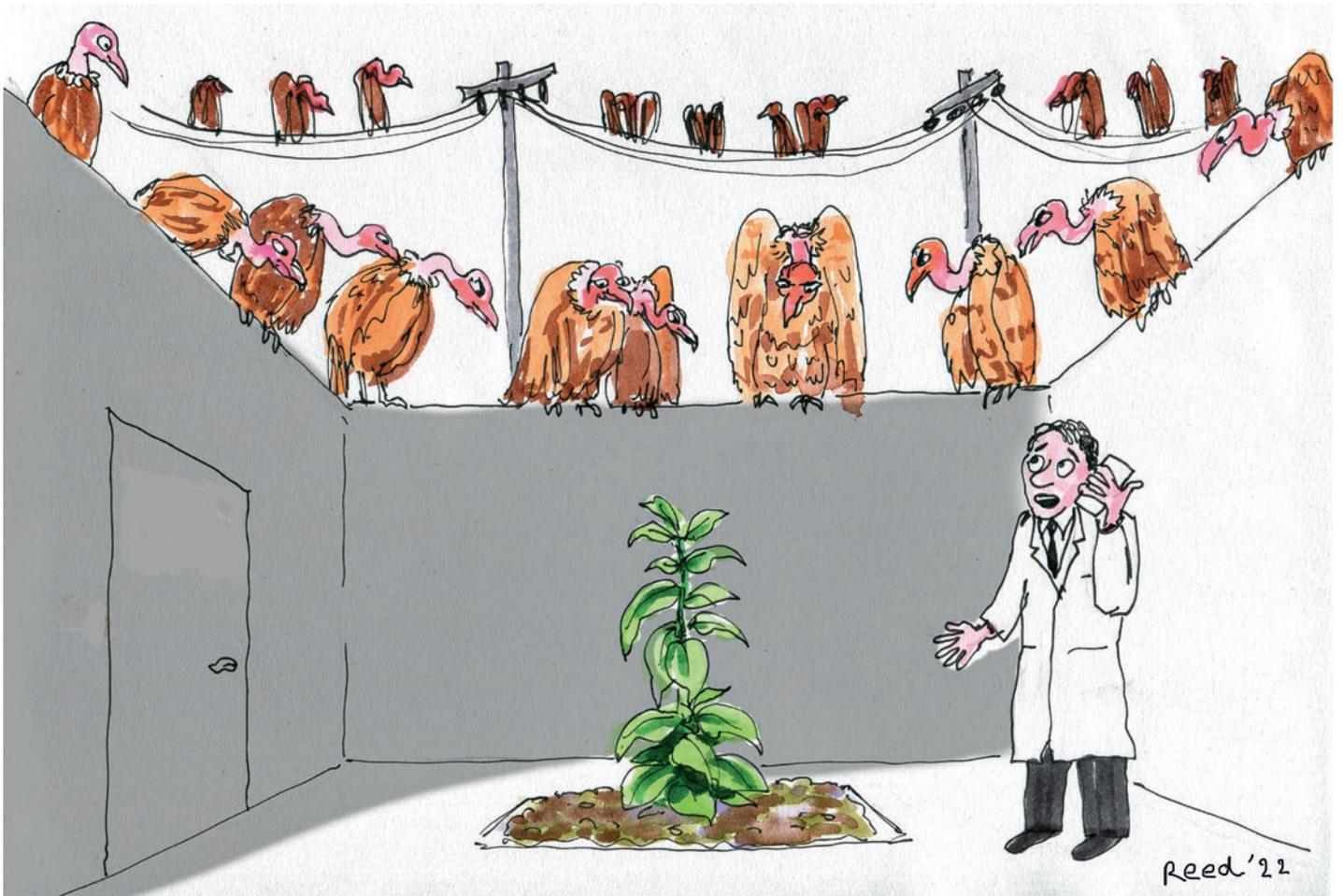
Dazu kommen leider auch Spitalverwaltende und einzelne ärztliche Kaderangehörige, welche die Verpflichtungen der Weiterbildung schlicht als Last und notwendiges Übel empfinden. Viele von ihnen machen geltend, sie sähen die Notwendigkeit schon ein und sie würden sich ja gerne mehr engagieren, aber mit dem System des Zeitmangels, des knappen Geldes und der fehlenden Anerkennung könne man dies von ihnen nicht verlangen. Oft wird dann noch darauf hingewiesen, dass niemand auf der Grundlage seiner didaktischen Qualitäten Professorin resp. Professor oder Chefärztin resp. Chefarzt an einer grossen Klinik werde, sondern weil sie oder er sich in der Forschung, im Publizieren, in der effizienten Dienstleistung und im Management profiliert habe.

Diese beunruhigende Problematik existiert nicht nur hierzulande. Zusammen mit anderen, welche die verschiedenen Systeme gut kennen, habe ich zwar den Eindruck, dass das «teaching» und die Betreuung der jungen Ärztinnen und Ärzte in den angelsächsischen Ländern traditionell einen höheren Stellenwert haben als bei uns. Doch trotz dieser hohen Anerkennung, welche die «medical education» auch in England geniesst, kämpfen die Verantwortlichen mit den gleichen Schwierigkeiten. In einem Dokument des *Board of Medical Education* werden die folgenden Herausforderungen für das «teaching» genannt: *«a lack of appropriate teacher education, time pressures, a lack of recognition and reward, funding and support, changing patterns of healthcare and societal values, practical difficulties»*. Von der fehlenden Zeit über die beschränkte Anerkennung und ungenügende Finanzierung bis zu strukturellen Problemen (kürzere Hospitalisierungszeiten, Verschiebung vieler Interventionen von stationär nach ambulant, ungenügende Patientenzahl) sind es die gleichen Bedenken und Sorgen wie bei uns.

Ich verstehe diesen Artikel als Appell: Noch dürfen wir davon ausgehen, dass die Qualität der Weiterbildung genügend ist. Dies bedeutet auch, dass die Qualität der ärztlichen Versorgung in Zukunft vorerst noch sichergestellt bleibt, denn sie beruht zu einem entscheidenden Teil auf der Kompetenz der Ärztegeneration, die jetzt in Weiterbildung steht. Der Erhalt dieser Qualität wird uns aber nicht geschenkt und ist keine Selbstverständlichkeit. Ohne Massnahmen, welche die Lehre in den Institutionen des Gesundheitswesens ganz konkret unterstützen, ist sie bedroht. Gegenwärtig erarbeiten die Verantwortlichen im Schweizerischen Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) und in den Fachgesellschaften die Grundlagen für die Einführung der kompetenzbasierten ärztlichen Weiterbildung. Sie wird nur dann gelingen und erfolgreich sein, wenn die absolut notwendigen personellen und materiellen Ressourcen zur Verfügung stehen. Dazu gehört wohl auch, dass sie in die Leistungsaufträge der Spitäler hineingeschrieben werden.

Nur so wird die Hoffnung von Professor Hall in Erfüllung gehen und nur so wird das Lehren an unseren medizinischen Institutionen Freude machen und nicht als Last getragen werden müssen.

werner.bauer[at]hin.ch



«Du kennst doch dieses Pflanzenprojekt auf Fleischbasis? Wir haben da ein Problem...»

© tom reed studio