

Schweizerische Ärztezeitung

833 Editorial
von Jürg Schlup
**Auch aus Steinen, die im
Weg liegen, lässt sich
etwas Gutes bauen**

834 FMH
**Neue Zulassungsbestim-
mungen für Ärzte und
Ärztinnen ab Juli 2021**

872 «Zu guter Letzt»
von Werner Bauer
By the London Post

848 EMH
Leserumfrage

27-28 1.7.2020



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



Redaktion

Dr. med. vet. Matthias Scholer (Chefredaktor);
 Dipl.-Biol. Tanja Kühnle (Managing Editor);
 Julia Rippstein (Redaktorin Print und Online);
 Dr. med. Werner Bauer, Mitglied FMH; Prof. Dr. oec. Urs Brügger;
 Prof. Dr. med. Samia Hurst; Dr. med. Jean Martin, Mitglied FMH;
 Dr. med. Jürg Schlup, Präsident 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

Dr. iur. Ursina Pally, Leiterin Rechtsdienst FMH

FMH

EDITORIAL: Jürg Schlup

833 **Auch aus Steinen, die im Weg liegen, lässt sich etwas Gutes bauen**

RECHT: Bruno Henggi

834 **Neue Zulassungsbestimmungen für Ärzte und Ärztinnen ab Juli 2021**

836 **Personalien**

Nachrufe

837 **In memoriam Norbert Gschwend (1925–2020)**

Weitere Organisationen und Institutionen

SMARTER MEDICINE: Lars Clarfeld, Hermann Amstad

838 **Medizinische Überversorgung: Infografiken für den Patientendialog**

MEDIZINETHIKERINNEN UND MEDIZINETHIKER IN DER SCHWEIZ: Sibylle Ackermann, Ruth Baumann Hölzle, Nikola Biller Andorno, Tanja Krones, Diana Meier-Allmendinger, Settimio Monteverde, et al.

843 **Pandemie: Lebensschutz und Lebensqualität in der Langzeitpflege**

848



EMH

Leserumfrage Wir von der *Schweizerischen Ärztezeitung* (SÄZ) möchten gerne mehr über die Bedürfnisse und Wünsche unserer Leserschaft erfahren. Welche Inhalte interessieren unsere Leserinnen und Leser am meisten? Braucht es weniger Beiträge aus dem Kulturbereich und dafür mehr politische Themen, oder umgekehrt? Lesen Sie die SÄZ lieber online oder als Print-Version? Die Antworten auf diese und weitere Fragen helfen uns, die Zeitschrift für Sie möglichst interessant zu gestalten.

Briefe / Mitteilungen

849 **Briefe an die SÄZ**

851 **Facharztprüfungen / Mitteilungen**



Wollen Sie keinen Artikel der *Schweizerischen Ärztezeitung* mehr verpassen?

Registrieren Sie sich für den Newsletter und erhalten Sie die neusten Artikel in Ihre Inbox. QR-Code zur Newsletter-Registrierung.



Scan this code

EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Farnsburgerstrasse 8, CH-4132 Muttenz,

FMH Services



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

Tribüne

COVID-19: Clemens Arvay

862 **Genetische Impfstoffe gegen COVID-19: Hoffnung oder Risiko?**

THEMA: Eva Hollenstein, Jeannine Marquard, Markus Steiner, Alfred Angerer

865 **Potenziale von Lean Management in der Hausarztmedizin**

868 **Spectrum**

Horizonte

KUNST: Bernhard Weidmann

870 **Kunstaussstellung der Schweizer Ärzte / Salon des Médecins Suisses**

BUCHBESPRECHUNGEN: Jean Martin

871 **L'humain face à une révolution copernicienne**

Zu guter Letzt

Werner Bauer

872 **By the London Post**

FELMY

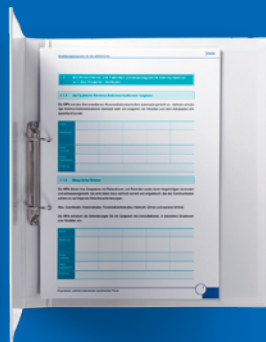
KAR

Für die Arztpraxis und MPA-Lernende

Ausbildungsprogramm für die Lehrbetriebe

NEU!

EMHMedia
SCHWEIZERISCHER ÄRZTEVERLAG
EDITIONS MEDICALES SUISSES



- Pünktlich auf den Beginn des neuen Schuljahres
- Handlungskompetenzen-orientiert
- In Deutsch, Französisch und Italienisch
- Gedruckt und als eBook

shop.emh.ch



Scan this!

Impressum

Schweizerische Ärztezeitung

Offizielles Organ der FMH und der FMH Services

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

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

Anzeigen:

Markus Süess, Key Account Manager EMH
Tel. +41 (0)61 467 85 04, markus.suess@emh.ch

«Stellenmarkt/Immobilien/Diverses»:

Inserateannahme,
Tel. +41 (0)61 467 86 08, stellenmarkt@emh.ch

«Stellenvermittlung»: 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 Schweizerischer Ärzteverlag AG, Abonnemente, Farnsburgerstrasse 8, 4132 MuttENZ, Tel. +41 (0)61 467 85 75, abo@emh.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 Beipackzetteln der verwendeten Medikamente verglichen werden.

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

printed in
switzerland

Titelbild: © Peshkova | Dreamstime.com, bearbeitet von Celine Kohler (EMH)

Auch aus Steinen, die im Weg liegen, lässt sich etwas Gutes bauen

Jürg Schlup

Dr. med., Präsident der FMH



Mit der Verabschiedung der Zulassungsvorlage 18.047 in dieser Sommersession geht ein langer Weg zu Ende. Erstmals im Jahr 2002 aufgrund des Personenfreizügigkeitsabkommens befristet verfügt, reihte sich 2005, 2008 und 2013 Provisorium an Provisorium. Damit wurde auch die Diskussion um die bestmögliche Lösung für eine Zulassungsregelung zum Dauerbrenner – und zum ständigen Thema für die FMH, als Berufsverband der einzigen von diesem Gesetz betroffenen Berufsgruppe.

Die Revision von 2013 zeigte, dass die FMH mit ihren Argumenten für eine Zulassungsregelung nach Qualitätskriterien überzeugen konnte: Das Parlament bestimmte eine mindestens dreijährige Tätigkeit an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte als wesentliche Voraussetzung für eine praxisambulante Tätigkeit in der Schweiz. Dies stellte sicher, dass sich alle zugelassenen Ärztinnen und Ärzte an Kliniken mit ausgewiesenen Standards mit dem Schweizer Gesundheitswesen vertraut gemacht hatten. Mit

Für Patienten wie Ärzteschaft ist erfreulich, dass das Parlament für die Zulassung von Ärztinnen und Ärzten auf Qualitätskriterien setzt.

der im Jahr 2015 geplanten Verstetigung dieser Regelung schien dann auch ein guter Kompromiss zum Greifen nah – wurde aber im Nationalrat in der Schlussabstimmung knapp mit 96 zu 97 Stimmen abgelehnt. Damit hiess es «Zurück auf Start»: Sämtliche Steuerungsoptionen standen wieder im Raum – von der Festlegung der Ärztedichte durch den Bund bis hin zur Abschaffung des Kontrahierungszwanges und regional nach Ärztedichte differenzierten Taxtpunktwerten. Insofern erstaunt es nicht, dass eine neue gesetzliche Regelung der Zulassung von Ärztinnen und Ärzten ihre Zeit gebraucht hat – und in den Jahren 2016 und 2019 erneute Verlängerungen des bestehenden Provisoriums erforderte. Der Gesetzesentwurf (18.047) des Bundesrats von Mai 2018 und auch die Änderungen durch den Nationalrat im Dezember 2018 hatten zunächst eine sehr komplizierte und administrativ auf-

wendige Regulierung erwarten lassen [1]. Nach substantiellen Verbesserungen durch den Ständerat 2019 und vielen Diskussionen in den parlamentarischen Kommissionen und Kammern einigten sich letztlich National- und Ständerat auf das nun vorliegende Zulassungsgesetz für Ärztinnen und Ärzte (siehe hierzu auch S. 834; [2]).

Kernanliegen der FMH - dreijährige Tätigkeit im beantragten Fachgebiet und ein Nachweis der Sprachkompetenz – wurden berücksichtigt.

Für Ärzteschaft wie Patienten ist an diesem Gesetz erfreulich, dass es vertieft auf Qualitätskriterien setzt, für welche die FMH jahrelang gekämpft hat. Für die Zulassung zu einer ambulanten ärztlichen Tätigkeit bedarf es nun einer mindestens dreijährigen Tätigkeit an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte *im beantragten Fachgebiet*. Diese neu *fachspezifische* Tätigkeit als Voraussetzung fördert einen bedarfsgerechten Fachärzte-Mix und gibt den Kantonen einfache Lenkungsmöglichkeiten an die Hand [1, 2]. Der Nachweis der Sprachkompetenz mittels einer in der Schweiz abgelegten Sprachprüfung als Zulassungsvoraussetzung verbessert die Patientensicherheit. Gleichzeitig entfällt diese Nachweispflicht für Ärztinnen und Ärzte mit schweizerischer gymnasialer Maturität, was der FMH ein wichtiges Anliegen war. In Hinblick auf die kantonalen Kompetenzen zu Höchstzahlen und Zulassungsstopps wurden Lösungen gefunden, die ein differenziertes Vorgehen unter Einbezug der anderen Akteure ermöglichen – dies ist aus Sicht der FMH ein akzeptabler Kompromiss.

Die 2002 geborene Zulassungsregulierung wird nun 2020 also in die Volljährigkeit entlassen. Wir sind froh, dass seit 2013 viele unserer Argumente überzeugen konnten und wir so einen Beitrag zu ihrer Entwicklung leisten konnten. Die vielen Steine, die sich auf dem langen Weg befanden, konnten zu einem akzeptablen Gebäude zusammengebaut werden. Wie lange dieses genutzt werden wird – in Zeiten von mehr als 3500 offenen Arztstellen [3] –, wird die Zukunft zeigen.

Literatur

- 1 Schlup J. Wirksame Zulassung oder kaum umsetzbares Bürokratiemonster? Schweiz Ärztztg. 2019;100(15):537.
- 2 Henggi B. Neue Zulassungsbestimmungen für Ärzte und Ärztinnen ab Juli 2021. Schweiz Ärztztg. 2020;101(27–28):834–835.
- 3 Schweizer Jobradar. Vakanzen-Report, 1. Quartal 2020. 1.4.2020.

Neue Zulassungsbestimmungen für Ärzte und Ärztinnen ab Juli 2021

Bruno Henggi

Verantwortlicher Public Affairs

Nach fast zwanzig Jahren mit befristeten Zulassungsbeschränkungen im ambulanten Bereich ist eine neue, dauerhafte gesetzliche Grundlage für die Zulassung von Ärztinnen und Ärzten geschaffen worden. Die Gesetzesänderung wurde von den eidgenössischen Räten in der Sommersession verabschiedet. Sie tritt voraussichtlich auf den 1. Juli 2021 in Kraft. Der FMH ist es gelungen, in der parlamentarischen Beratung Qualitätskriterien zur Zulassungssteuerung ins Gesetz einzubringen.

Will eine Ärztin oder ein Arzt in der Schweiz eine Zulassung für eine ambulante Tätigkeit erhalten, muss mindestens eine dreijährige Tätigkeit im beantragten Fachgebiet an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte vorliegen. Neu ist, dass die Tätigkeit im beantragten Fachgebiet erfolgt sein muss.

Tätigkeit im beantragten Fachgebiet

Möchte eine Fachärztin in Kardiologie eine Zulassung als Kardiologin erhalten, so stehen ihr für die dreijährige ärztliche Tätigkeit nicht mehr wie heute alle über 4400 Weiterbildungsstätten zur Verfügung, sondern lediglich noch 60 (Stand: 11. Juni 2020). Die limitierte Verfügbarkeit von Stellen mit fachspezifischer Tätigkeit wird die Anzahl Zulassungen für einzelne Spezialdisziplinen begrenzen. Ein junger Arzt, der die Zulassung für die Allgemeine Innere Medizin anstrebt, hat mit 1675 Weiterbildungsstätten die umfassendste Auswahl.

Fachgebiet	Anzahl WBS*
Allgemeine Innere Medizin	1675
Handchirurgie	25
Kardiologie	60
Psychiatrie und Psychotherapie	417
Radiologie	43
Orthopädische Chirurgie	73
Total	4498

* WBS = Weiterbildungsstätten.

(Quelle: Register der zertifizierten Weiterbildungsstätten, <https://www.siwf-register.ch>, 11. Juni 2020)

Die Kantone können über die Spitalisten und Leistungsaufträge Einfluss auf die Zulassung der Leistungserbringer im praxisambulanten Bereich nehmen.

Nachweis der Sprachkompetenz

Künftig muss als Voraussetzung für die Zulassung der Nachweis erbracht werden, dass die für die Tätigkeitsregion notwendige Sprachkompetenz vorliegt. Der Nachweis muss mittels einer in der Schweiz abgelegten Sprachprüfung erbracht werden.

Ausnahme von der Nachweispflicht

Ärzte und Ärztinnen sind von der Nachweispflicht befreit, wenn sie eine schweizerische gymnasiale Maturität absolviert haben, bei der die Amtssprache in der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war. Grundlagenfach können gemäss der Maturitätsanerkennungsverordnung (MAV) die Erstsprache, eine zweite Landessprache und eine dritte Landessprache sein. Ständerat Pirmin Bischof interpretierte die Regelung als Berichterstatter der Kommission am 4. Dezember 2019 im Ständerat wie folgt: «Ihre Kommission war mehrheitlich der Meinung, ... dass der Zürcher Arzt, der in Genf tätig sein will, keine Sprachprüfung ablegen muss.» Nationalrätin Ruth Humbel gab im Namen der Kommission am 3. März 2020 im Nationalrat folgende Erklärung ab: «Konkret bedeutet dies beispielsweise, dass ein Arzt mit einer Deutschschweizer Matura mit Prüfungsfach Französisch für die Zulassung zur Tätigkeit als Leistungserbringer in der Westschweiz keine Sprachprüfung ablegen muss, so wie ein Tessiner mit einer Tessiner Matur und

Prüfungsfach Deutsch in der Deutschschweiz keine Sprachprüfung ablegen muss.» Dieser Interpretation schloss sich auch der zuständige Bundesrat am 3. März 2020 an. «Je me dois de préciser que nous sommes d'accord avec l'interprétation qui semble prévaloir, si j'ai bien compris, dans la commission, à savoir que lorsqu'un médecin a suivi une formation avec une maturité en Suisse, s'il a obtenu une maturité en allemand mais qu'il a passé un examen avec le français comme deuxième langue nationale, alors il doit aussi pouvoir s'installer dans la partie francophone du pays sans devoir faire un examen supplémentaire. Si, par contre, nous avons affaire par exemple à un étudiant francophone à Lausanne qui a passé ses examens avec comme deuxième langue l'allemand et pas l'italien, alors il pourra s'installer à Zurich sans examen de langue mais pas à Lugano. Si ce dernier veut s'installer à Lugano, il devra encore montrer qu'il a les compétences linguistiques nécessaires pour y pratiquer.»

Höchstzahlen, aber ...

Die Kantone müssen künftig Höchstzahlen für alle Fachgebiete oder für bestimmte Fachgebiete festlegen. Sie beachten die allgemeine Entwicklung des Beschäftigungsgrads der Ärztinnen und Ärzte. Die Kantone können je nach Region differenziert intervenieren. Sie müssen zumindest die Verbände der Leistungserbringer, der Versicherer und der Versicherten konsultieren. Die Höchstzahlen sind mit der neuen Regelung für alle Ärztinnen und Ärzte gültig, die im ambulanten Bereich in einer Praxis, in einer Einrichtung der ambulanten Krankenpflege durch Ärztinnen und Ärzte oder im ambulanten Bereich von Spitälern tätig sein möchten, was mit der alten Zulassungsbeschränkung nicht der Fall war.

... kein Beschwerderecht ...

Gegen kantonale Erlasse über die Festlegung und Berechnung der Höchstzahlen steht den Versicherern kein Beschwerderecht zu. Damit wird die Bedeutung der Verpflichtung der Kantone, Höchstzahlen festzulegen, relativiert.

... und kein Zwang

Neu können die Kantone – sie müssen aber nicht – jede weitere Zulassung in einem bestimmten medizinischen Fachgebiet sofort stoppen, unabhängig von den festgelegten Höchstzahlen. Steigen nämlich die jährlichen Kosten je versicherte Person in einem Fachgebiet in einem Kanton mehr als die jährlichen Kosten der anderen Fachgebiete im selben Kanton oder mehr als die jährlichen Kosten des gesamtschweizerischen Durchschnitts des betroffenen Fachgebiets, so kann der Kanton vorsehen, dass kein Arzt und keine Ärztin im betroffenen Fachgebiet eine Tätigkeit zulasten der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) neu aufnehmen kann.

Aufsicht der Krankenkassen

Die Kantone entscheiden darüber, ob ein Arzt oder eine Ärztin die Zulassungskriterien erfüllt. Sie werden neu also sowohl für die gesundheitspolizeiliche Zulassung als auch für die Zulassung zulasten der OKP zuständig sein. Wenn die Leistungserbringer von einem Kanton zugelassen sind und zulasten der Krankenversicherer tätig sein können, obliegt die Wirtschaftlichkeits- und Kosteneffizienzprüfung sowie die Qualitätssicherung den Versicherern.

FMH
Public Affairs
Nussbaumstrasse 29
Postfach
CH-3000 Bern 15
Tel. 031 359 12 67
bruno.hengg[at]fmh.ch

Leserumfrage

Ihre Meinung interessiert uns!
Helfen Sie mit, die SÄZ weiterzuentwickeln.

www.umfrage.saez.ch



Personalien

Todesfälle / Décès / Decessi

Klaus Rupp (1952), † 12.5.2020, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, 4625 Oberbuchsitzen

Jürg Schäublin (1944), † 19.5.2020, Facharzt für Anästhesiologie, 4009 Basel

Serge Schwed (1933), † 23.5.2020, Spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, 1009 Pully

Manfred Harder (1952), † 9.6.2020, Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe, 3800 Interlaken

Hansueli Schläpfer (1943), † 10.6.2020, Facharzt für Gastroenterologie und Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, 9100 Herisau

Praxiseröffnungen / Nouveaux cabinets médicaux / Nuovi studi medici

BL

Dirk Fischer, Facharzt für Neurologie, Parkstrasse 5, 4102 Binningen

NE

Sébastien Geering, Spécialiste en chirurgie orale et maxillo-faciale, Chaussée de la Boine 2, 2000 Neuchâtel

Ärztegesellschaft des Kantons Bern

Ärztlicher Bezirksverein Bern Regio

Zur Aufnahme als ordentliches Mitglied haben sich angemeldet:

Inga-Kristin Fischer, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Monbijoustrasse 70, 3007 Bern

Chantal Güleriyüz-Stutzer, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, FMH, Zeughausgasse 29, 3011 Bern

Ioannis Linas, Facharzt für Gastroenterologie, FMH, Bubenbergrplatz 11, 3110 Münsingen

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

Beat Lehmann, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, FMH, Stv. Chefarzt, Universitäres Notfallzentrum, Inselspital, 3010 Bern

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

Ärztegesellschaft des Kantons Luzern

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft Sektion Stadt haben sich gemeldet:

Adam Czaplinski, Facharzt für Neurologie, FMH, Neurozentrum Luzern, Falkengasse 3, 6004 Luzern

Stephanie Felder, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, FMH, gyn-zentrum, Haldenstrasse 11, 6006 Luzern

Christina Knisoviti, Fachärztin für Neurologie, Neurologische Praxis Luzern, Lützelmatstrasse 3, 6006 Luzern

Jeannette Porth, Praktische Ärztin, Praxis Mall of Switzerland MedCenter AG, Ebisquare-Strasse 1/16, 6030 Ebikon

Jürgen-Detlef Theuer, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Facharzt für Kardiologie, Cardiologicum AG, St. Anna-Strasse 32, 6006 Luzern

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft Sektion Entlebuch hat sich gemeldet:

Petra Studer-Alessandri, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, FMH, Praxis am Bahnhof, Bahnhofstrasse 4, 6170 Schüpfheim

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft Sektion Gäu haben sich gemeldet:

Monika Küng, Fachärztin für Ophthalmologie, FMH, Augenpraxis Wolhusen, Menznauerstrasse 11, 6110 Wolhusen

Jens Wöllner, Facharzt für Urologie, FMH, Schweizer Paraplegiker-Zentrum, Guido A. Zäch-Strasse 1, 6207 Nottwil

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

Ärztegesellschaft des Kantons Schwyz

Zur Aufnahme in die Ärztegesellschaft des Kantons Schwyz hat sich angemeldet:

Hendrik Borgmann, Facharzt für Anästhesiologie, narkose.ch, 8472 Seuzach-Ohringen

Einsprachen gegen diese Aufnahme richten Sie schriftlich innert 20 Tagen an Dr. med. Uta Kliesch, Maria-Hilf-Strasse 9, 6430 Schwyz, oder per Mail an [uta.kliesch\[at\]hin.ch](mailto:uta.kliesch[at]hin.ch)

Ärzte-Gesellschaft des Kantons Zug

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

Ralf Manfred Hilpert, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Triaplus AG, KJP Zug, Rathausstrasse 1, 6340 Baar

Carmen Pastoors, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, FMH, Hauptstrasse 15, 6313 Menzingen

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

In memoriam Norbert Gschwend (1925–2020)



Am 22. März 2020 hat uns mit Professor Norbert Gschwend eine grosse Persönlichkeit der Orthopädie und Handchirurgie verlassen. Mit seinem unglaublich offenen Geist hat Norbert Gschwend eine ganze Epoche der chirurgischen Disziplin mitgestaltet. Und mit seinem schier unstillbaren Wissensdurst, seiner charismatischen Art, dieses Wissen zu vermitteln, und seiner Empathie, die Erkenntnis in den Dienst der Patienten zu stellen, hat er eine ganze Generation von Orthopäden und Handchirurgen geprägt.

Im Jahr 1969, als der Kunstgelenkersatz noch in den Kinderschuhen steckte, war Norbert Gschwend weltweit der erste

Handchirurg, der ein 2-Komponenten-Kunstgelenk in ein durch die Rheumaerkrankung komplett zerstörtes Handgelenk eingesetzt hat. Zusammen mit seinem medizinischen Partner Professor Dr. Heiner Scheier und dem Ingenieur André Bähler hat er an verschiedenen Kunstgelenklösungen gearbeitet. Unter dem Namen «GSB» wurden neben dem Handgelenk auch schmerzhaft zerstörte Kniegelenke und Ellbogen in ganz Europa mit ihren Implantaten ersetzt.

Im Alter von 37 Jahren hat Norbert Gschwend die Schulthess Klinik im Kreis 8 in Zürich übernommen. Damals war die Klinik eine kaum beachtete, kleine Institution mit einem Arzt, zwei Pflegenden und wenigen Betten. Man war vor allem auf konservative Langzeitbehandlungen am Bewegungsapparat spezialisiert. Patienten waren vor allem Kinder, die Gehschwierigkeiten hatten, unter Wirbelsäulenverkrümmungen, Geburtsgebrechen an der Hüfte oder den Folgen der damals noch aktiven Poliomyelitis litten.

Nach einer intensiven und harten Anfangszeit, in der die Klinik bisweilen kurz vor dem Bankrott stand, hat Norbert Gschwend die Schulthess Klinik zu einer weltweit anerkannten Institution für die Behandlung von orthopädischen Leiden gemacht. Besonders am Herzen lagen ihm die Patienten mit einer rheumatoiden Arthritis, damals noch Polyarthritits genannt, die man in jener Zeit mit Medikamenten kaum kontrollieren konnte. Die Folge waren Gelenkerstörungen in einem Ausmass, das für viele Betroffene die Invalidität bedeutete. Einige Patienten waren immobil im Bett und voll-

ständig auf externe Pflege angewiesen, unfähig, selbstständig zu essen. Vielen dieser Menschen konnte Norbert Gschwend ein zweites Leben schenken und ihnen eine gewisse Mobilität und vor allem Unabhängigkeit zurückgeben.

Norbert Gschwend war immer daran gelegen, sein medizinisches Tun so zu dokumentieren, dass er auch selbst immer dazugelernt hat. Er hat Qualitätsinitiativen in Gang gesetzt, zu einer Zeit, in der noch niemand diesen Begriff in der Medizin überhaupt systematisch verwendet hatte. Er legte zudem grossen Wert darauf, den internationalen Austausch zu pflegen und immer von den Besten zu lernen. Und er war Mitbegründer vieler orthopädischer und handchirurgischer Fachgesellschaften im In- und Ausland. Gerade in der Rheumachirurgie war er ein europäisches Aushängeschild, an dem sich viele Kollegen und Kliniken orientiert haben.

Der Umgang im Team war geprägt von gegenseitiger Wertschätzung und Offenheit. Selbst die Meinung junger Assistenten war gefragt und wurde respektiert. Die Fortschritte in der Rheumachirurgie sind auch seiner Initiative zu verdanken, alle betreuenden Personen in den Behandlungsplan einzubeziehen. Er war einer der Ersten in der Schweiz, die konsequent den Austausch mit den nicht operativ tätigen Rheumatologen gesucht und auch gefunden haben.

Bei Norbert Gschwend stand aber immer der Patient im Mittelpunkt, und Ziel seiner schier unerschöpflichen Schaffenskraft war die stetige Verbesserung der Behandlungsmöglichkeiten in seinem Fachgebiet. Viele nationale und internationale Ehrungen und Preise zeugen davon.

Im Jahr 2000, mit 75 Jahren, zog sich Norbert Gschwend von seiner aktiven, klinischen Tätigkeit in der Schulthess Klinik zurück. Seine bis zuletzt vorhandene Neugier, gepaart mit einer unglaublich breiten humanistischen Bildung, hat ihn zu einem faszinierenden Gesprächspartner gemacht.

Mit Norbert Gschwend verlieren wir einen Freund, Lehrer und Mentor, der als visionärer Arzt weit über die Grenzen von Zürich hinaus sein medizinisches Fachgebiet mitgeprägt hat.

Dr. med. Daniel Herren MHA

Chefarzt Handchirurgie, Schulthess Klinik Zürich

smarter medicine empfiehlt:

«Kein Röntgenbild bei Rückenschmerzen in den ersten sechs Wochen»

www.smartermedicine.ch

smarter medicine
Choosing Wisely Switzerland

In 10 Fällen von Rückenschmerzen ...

... handelt es sich in **9 Fällen** um Rückenschmerzen, die in der Regel innerhalb von 4–6 Wochen zurückgehen.

Schmerzmittel und Physiotherapie können helfen, die Beschwerden zu lindern.

Bildgebende Diagnostik ist in den ersten 6 Wochen nicht notwendig.

... handelt es sich in **1 Fall** um Rückenschmerzen, die einer weiteren Abklärung bedürfen.

Bildgebende Diagnostik (Röntgen, CT, MRI) ist notwendig bei Lähmungserscheinungen oder bei Verdacht auf Infekt, Entzündung oder Tumorbefall der Wirbelsäule.

Fakten

#1 Bei unspezifischen Rückenschmerzen bestehen nach 3 und 9 Monaten mit oder ohne Bildgebung keine Unterschiede bezüglich:

- Bewegungseinschränkung
- Schmerzen
- Behandlungsmethoden
- Verabreichung von Medikamenten
- Arbeitsabsenzen

#2 Mit zunehmendem Alter sind bei den meisten Menschen Wirbelsäulenveränderungen vorhanden, ohne dass diese zu Beschwerden führen.

Risiken und Nebenwirkungen

Die Nachteile unnötiger Untersuchungen mit bildgebenden Verfahren werden unterschätzt. Diese können aus mehreren Gründen schaden:

- Strahlenbelastung
- Zufallsbefunde, die zu Verunsicherung und weiteren Untersuchungen/Behandlungen mit dem Risiko von Nebenwirkungen führen
- Kosten für das Gesundheitssystem

Wann ist eine bildgebende Diagnostik trotzdem angezeigt?

Wenn Lähmungserscheinungen vorliegen oder die Befragung und körperliche Untersuchung des Patienten Hinweise ergeben auf Infekt, Entzündung oder Tumorbefall der Wirbelsäule.

Referenz:
Top 5-Liste Ambulante Allgemeinmedizin, smarter medicine, 2016.

Die Infografiken können gefaltet an Patientinnen und Patienten abgegeben werden und sind als PDF-Datei zum Download kostenlos erhältlich unter: www.smartermedicine.ch/de/fuer-fachpersonen/infografiken-fuer-behandelnde.html (Bild: © smarter medicine – Choosing Wisely Switzerland).

Medizinische Überversorgung: Infografiken für den Patientendialog

Lars Clarfeld^a, Hermann Amstad^b

^a Dr. med., Leiter Geschäftsstelle «smarter medicine», Bern; ^b Dr. med., amstad-kor, Basel

Heute ist in der Medizin sehr vieles möglich. Aber nicht alles, was möglich wäre, ist im konkreten Fall auch sinnvoll. Nach dem Motto «weniger ist mehr» bekämpft der Verein «smarter medicine» die Fehl- und Überversorgung in der Medizin. Gemeinsam mit dem «Swiss Medical Board» hat der Verein Infografiken erstellt, die das Bewusstsein für gute Behandlungsqualität bei den Patientinnen und Patienten stärken und der Ärzteschaft ein Hilfsmittel für den Alltag in die Hand geben sollen.

Im Schweizer Gesundheitssystem besteht eine Überversorgung: Laut einer Studie, die 2012 im Auftrag der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften durchgeführt wurde, sind zwischen 20 und 30% der medizinischen Eingriffe überflüssig [1]. Diese Fehl- und Überversorgung hat negative Auswirkungen auf die Qualität der Gesundheitsversorgung und deren Kosten [2]. Für diese Tatsache ist auch, aber nicht nur die Ärzteschaft verantwortlich: Einige Patientinnen

und Patienten erwarten oder fordern sogar eine bestimmte Abklärung oder Therapie, auch wenn diese aus medizinischer Sicht nicht sinnvoll ist. Die Aufklärung über potenziell gefährliche oder sinnlose Behandlungen kann anspruchsvoll und zeitaufwendig für den Behandelnden sowie die Patientin oder den Patienten sein. Die Gefahr besteht, dass sich Patientinnen und Patienten nicht ernst genommen fühlen und zu einem anderen Arzt wechseln.

Infografiken gegen Über- und Fehlversorgung

Swiss Medical Board (SMB) und smarter medicine sind beides Initiativen, die darauf abzielen, die Fehlentwicklungen bezüglich Über- und Fehlversorgung im Schweizer Gesundheitssystem zu vermindern. Mit ihren Berichten, Kampagnen und Empfehlungen tragen sie dazu bei, die beste Behandlung für die einzelne Patientin oder den Patienten zu finden, ganz nach dem Motto «die optimale, nicht die maximale Medizin».

Dem Patienten soll der Sachverhalt einfach erklärt werden.

Angesichts der oben geschilderten Probleme haben sie beschlossen, für ausgewählte Empfehlungen und Berichte Hilfsmittel für Behandelnde, sogenannte «Infografiken», ausarbeiten zu lassen. Diese unterstützen die Ärzteschaft in ihrer Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten. Solche Hilfsmittel sind vor allem für jene Empfehlungen vorgesehen, deren Patientenrelevanz als hoch eingeschätzt wird, d.h. bei solchen, bei denen vonseiten der Patienten eine gewisse Erwartungshaltung besteht. Laut der International Health Policy Survey 2019 des Commonwealth Fund sind die Erwartungshaltung der Patientinnen und Patienten sowie Zeitmangel für eine gemeinsame Entscheidungsfindung Haupthindernisse in der Vermeidung unnötiger Behandlungen. Genau hier sollen die Infografiken als Lösungsansatz unterstützen. Dem Patienten soll der Sachverhalt einfach erklärt werden, und er soll von einer «objektiven», unabhängigen Zusatzinformation profitieren.

Ähnliche Hilfsmittel sind bereits aus dem Ausland bekannt. So hat zum Beispiel das von Prof. Gerd Gigerenzer geleitete Harding-Zentrum für Risiko-

kompetenz in Berlin sogenannte «Faktenboxen» entwickelt. Die Faktenboxen sollen den Patientinnen und Patienten ermöglichen, Vor- und Nachteile bestimmter medizinischer Massnahmen zu verstehen, damit sie selbst entscheiden können, ob sie sich diesen unterziehen möchten oder nicht [3].

Die Faktenboxen werden u.a. im Hinblick auf die Effektivität der Vermittlung von patientenrelevantem Wissen und auf Gesundheitsentscheidungen wissenschaftlich evaluiert [4].

Interprofessionelle Zusammenarbeit zum Wohl der Patienten

Im Herbst 2018 beauftragten die Vereine Swiss Medical Board und smarter medicine eine Arbeitsgruppe, solche «Hilfsmittel» auszuarbeiten. Der Arbeitsgruppe gehörten Expertinnen und Experten aus den Bereichen Stationäre Medizin, Ambulante Medizin, nicht-ärztliche Gesundheitsberufe, Epidemiologie, Ethik und Konsumentenschutz an. Dieser interprofessionelle Zugang sollte die Qualität der Infografiken steigern.

In Zusammenarbeit mit einer Kommunikationsagentur hat die Arbeitsgruppe exemplarisch je eine Infografik für die Bereiche Prävention (PSA-Test), Diagnostik (Bildgebung bei Rückenschmerzen) und Therapie (Antibiotika bei Infekten der oberen Luftwege) ausgearbeitet. Sie hat sich dabei inhaltlich einerseits auf die den smarter-medicine-Empfehlungen zugrunde liegende Literatur bzw. – im Falle des PSA-Tests – auf den SMB-Bericht sowie auf aktuelle Literatur abgestützt.

Die drei Infografiken sind ähnlich aufgebaut, sie umfassen jeweils ein gefaltetes A4-Blatt.

Die drei Infografiken sind insofern ähnlich aufgebaut, als sie jeweils ein gefaltetes A4-Blatt umfassen, im Innenteil eine Visualisierung der zentralen Botschaft enthalten sowie auf der Rückseite in den drei Rubriken «Fakten», «Risiken und Nebenwirkungen» sowie «Ausnahmen» die wesentlichen Informationen in knapper Form auch schriftlich präsentieren.

Die so entstandenen Infografiken wurden in Interviews mit Laien auf ihre Verständlichkeit überprüft, anschliessend angepasst und liegen nun in definitiver Form auf Deutsch, Französisch und Italienisch vor. Die Abbildung 1 zeigt exemplarisch Vorder- und Rückseite der Infografik zum Verzicht auf bildgebende Diagnostik bei kurzdauernden Rückenschmerzen.

Der visuelle Zugang der Infografiken ermöglicht den Einsatz bei Gesprächen mit Patientinnen und Patienten aus unterschiedlichen Kontexten. Sie vermitteln

Das Wichtigste in Kürze

- Die Fehl- und Überversorgung in der Medizin hat negative Auswirkungen auf die Qualität der Gesundheitsversorgung und deren Kosten.
- Dabei spielen nicht nur Ärztinnen und Ärzte, sondern auch Patientinnen und Patienten eine wichtige Rolle.
- Deshalb haben die Vereine smarter medicine und Swiss Medical Board Hilfsmittel für Behandelnde, sogenannte «Infografiken», ausarbeiten lassen, um dem Patienten komplexe Sachverhalte einfach zu vermitteln.
- Entstanden sind je eine Infografik für die Bereiche Prävention (PSA-Test), Diagnostik (Bildgebung bei Rückenschmerzen) und Therapie (Antibiotika bei Infekten der oberen Luftwege).
- Ärztinnen und Ärzte sind eingeladen, ihre Erfahrungen und allfällige Verbesserungsvorschläge der Geschäftsstelle via [smartermedicine\[at\]sgaim.ch](mailto:smartermedicine[at]sgaim.ch) mitzuteilen.

die komplexen Sachverhalte auf einfache und nonverbale Art und informieren, warum der Verzicht auf eine medizinische Massnahme für ihn oder sie von Vorteil ist und welche Risiken mit den jeweiligen Behandlungen einhergehen. Dadurch vereinfachen sie die Kommunikation zwischen Fachperson und Patient, dienen dem «Enabling» der Patienten und verbessern im Idealfall die Behandlungsqualität. Dies ist zumindest die

Die Infografiken stehen auf den Internetseiten von smarter medicine und Swiss Medical Board kostenlos zur Verfügung.

Erwartung der Initianten; für den direkten Wirkungsnachweis wäre eine Studie nötig, und eine solche ist im Moment aufgrund der damit verbundenen hohen Kosten noch nicht vorgesehen. Indirekte Hinweise ergeben sich allenfalls aus einem Forschungsprojekt von Prof. Matthias Schwenkglenks et al. im Rahmen des NFP 74 Gesundheitsversorgung; unter dem Titel «Wie beeinflussen Richtlinien und Empfehlungen die medizinische Behandlung?» wird untersucht, ob ein Zusammenhang zwischen der Wahl der Behandlung und den verfügbaren medizinischen Richtlinien und Empfehlungen besteht [5].

Die zuständigen Gremien von Swiss Medical Board und smarter medicine haben die drei «Prototypen» in der Zwischenzeit geprüft und zur Veröffentlichung freigegeben. Die Infografiken stehen ab sofort auf den Internetseiten von smarter medicine und Swiss Medical Board kostenlos und jederzeit zur Verfügung.

Feedback der Ärzteschaft gefragt

In einer nächsten Phase werden die Infografiken einem Praxistest unterzogen. Ärztinnen und Ärzte sind eingeladen, ihre Erfahrungen und allfällige Verbesserungsvorschläge der Geschäftsstelle von smarter medicine mitzuteilen (smartermedicine[at]sgaim.ch). Falls die drei Prototypen auf Akzeptanz stossen und sich im Alltag bewähren, werden Swiss Medical Board und smarter medicine weitere Infografiken in Auftrag geben; auch Fachgesellschaften können solche ausarbeiten lassen, namentlich für Empfehlungen der Top-5-Listen. Dies wäre dann auch der adäquate Moment, eine Evaluationsstudie in Auftrag zu geben.

Download

Die Faltblätter sind unter folgendem Link erhältlich:
www.smartermedicine.ch/de/fuer-fachpersonen/infografiken-fuer-behandelnde.html

Literatur

- 1 Trageser J, Vettori A, Iten R, Crivelli L. Effizienz, Nutzung und Finanzierung des Gesundheitswesens. Akademien der Wissenschaften Schweiz, Bern 2012.
- 2 Gerber M, Kraft E, Bosshard C. Overuse – unnötige Behandlungen als Qualitätsproblem. Schweiz Arzteztg. 2016;97:236–43.
- 3 <https://www.hardingcenter.de/de/projekte-und-kooperationen/faktenboxen>
- 4 Loizeau AJ, et al. Fact Box decision support tools reduce decisional conflict about antibiotics for pneumonia and artificial hydration in advanced dementia: A randomized controlled trial. Age and Ageing. 2019;48:67–74.
- 5 <http://www.nfp74.ch/de/projekte/sektoer-uebergreifende-versorgung/projekt-schwenkglenks>

Der Verein smarter medicine

Der Trägerverein smarter medicine – Choosing Wisely Switzerland ist im Juni 2017 gegründet worden und knüpft an die erfolgreiche amerikanische Initiative «Choosing Wisely» an. Er verfolgt das Ziel, nicht nur «kluge Entscheidungen» herbeizuführen, sondern auch die offene Diskussion zwischen der Ärzteschaft, den Patienten und der Öffentlichkeit zu fördern. Hinter dem Verein stehen neben der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM) und der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) auch der Schweizerische

Verband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen (svbg), der Dachverband Schweizerischer Patientenstellen (DVSP) sowie die Konsumentenorganisationen Stiftung für Konsumentenschutz (SKS), Fédération Romande des Consommateurs (FRC) und Associazione Consumatrici e Consumatori della Svizzera Italiana (acsi). Bis heute sind vierzehn Top-5-Listen zu unnötigen Behandlungen von ärztlichen und pflegerischen Fachgesellschaften veröffentlicht worden. Weitere Fachgesellschaften sind eingeladen, sich der Bewegung anzuschliessen.

Swiss Medical Board

Das Swiss Medical Board ist ein führendes Schweizer Kompetenzzentrum für Health Technology Assessment. Es analysiert und beurteilt präventive und diagnostische Verfahren sowie therapeutische Interventionen aus Sicht der Medizin, der Ökonomie, der Ethik und des Rechts.

Träger des Swiss Medical Board (SMB) ist ein Verein, dem folgende Institutionen und Körperschaften als Mitglieder angehören: Konferenz der kantonalen GesundheitsdirektorInnen (GDK),

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), Regierung des Fürstentums Liechtenstein, Verband der forschenden pharmazeutischen Firmen der Schweiz (interpharma), Verbände der Krankenversicherer (santésuisse, curafutura), Schweizerische Stiftung SPO Patientenschutz und Dachverband Schweizerischer Patientenstellen (DVSP), Dachverband chirurgisch und invasiv tätiger Fachgesellschaften (fmCh).

Dr. med. Lars Clarfeld
 Geschäftsführer
 smarter medicine
 Generalsekretär SGAIM
 Monbijoustrasse 43
 Postfach
 CH-3001 Bern
 lars.clarfeld[at]sgaim.ch

Appell an die Verantwortungsträger aus Politik, Management, Pflege und Betreuung*

Pandemie: Lebensschutz und Lebensqualität in der Langzeitpflege

Sibylle Ackermann^a, Ruth Baumann Hölzle^b, Nikola Biller Andorno^c, Tanja Krones^d, Diana Meier-Allmendinger^e, Settimio Monteverde^f, Susanne Rohr^g, Bianca Schaffert-Witvliet^h, Reto Stockerⁱ, Tatjana Weidmann-Hügler^j

^a lic. theol., Dipl.-Biol., Medizinethikerin; ^b Dr. theol., Medizinethikerin; ^c Prof. Dr. Dr., Medizinethikerin; ^d Prof. Dr. med., Dipl. Soz., Klinische Ethikerin;

^e Dr. med. lic. theol., Psychiaterin und Medizinethikerin; ^f Prof. (FH), PhD, RN, Klinischer Ethiker und Hochschuldozent; ^g MScN, RN, Pflegeexpertin,

Angehörige; ^h Präsidentin Ethikkommission SBK, Vizepräsidentin Zentrale Ethikkommission SAMW; ⁱ Prof. Dr. med., Intensivmediziner und Medizinethiker;

^j M.Sc., M.A., Klinische Ethikerin

Die Coronapandemie hat die hohe Verletzlichkeit von Menschen in Pflegeeinrichtungen gezeigt. Medizinethikerinnen und Medizinethiker anerkennen die grosse Verantwortung von Behörden und Institutionen im Anordnen und Umsetzen von Schutzmassnahmen für diese Menschen. Sie heben gleichzeitig hervor, dass bei ihrer Umsetzung der Schutz des Lebens mit dem Schutz der Persönlichkeit und der Lebensqualität einhergehen muss.

Die Isolation und ihre Folgen für besonders vulnerable Menschen

Am 27. Mai 2020 hat der Bundesrat beschlossen, die ausserordentliche Lage der Coronapandemie auf den 19. Juni 2020 zu beenden. Während für grosse Teile der Schweizer Bevölkerung die Massnahmen zu einer allmählichen Rückkehr in den Alltag führten, war das nicht für alle Menschen in unserem Land der Fall. Mit Blick auf das wichtige Ziel des Lebensschutzes wurden in vielen Institutionen über mehrere Monate Bewohnerinnen und Bewohnern von Alters- und Pflegeheimen, aber auch von Heimen für Menschen mit psychischen Erkrankungen oder Behinderungen (in denen auch Kinder und Jugendliche leben) sowie von Alterssiedlungen einschneidende Restriktionen des Rechts auf Selbstbestimmung und der Freiheit im selbstbewohnten Lebensraum auferlegt. Diese Einschränkung der Persönlichkeitsrechte führte bei vielen Betroffenen zum Verlust von Lebensqualität resp. des Gefühls leiblicher und seelischer Integrität, mitbedingt durch die lange Trennung von engen Angehörigen, von denen viele auch in der Rolle der gesetzlichen Vertretungsperson stehen. Für viele Bewohnerinnen und Bewohner, speziell für demenzbetroffene Menschen, hat sich gezeigt, dass die räumliche und soziale Isolation von der Kernfamilie bzw. wichtigen Bezugspersonen zu einem raschen kognitiven Abbau und körperlichem Zerfall führen – nicht selten mit Folgeerkrankungen, die bis zum Tod führen können. Verstärkt

werden diese Phänomene durch Vorkehrungen des Infektionsschutzes (z.B. Gesichtsmasken, Zimmerisolation), die bei kognitiv beeinträchtigten Menschen zu Verwirrtheit und herausforderndem Verhalten führen können [1, 2].

Die Situation in der Schweiz und international

In der Schweiz vermochte die rigide Abschottung nicht zu verhindern, dass sich über die Hälfte der Todesfälle der Coronapandemie in Alters- und Pflegeheimen ereignete [3–5]. Die Gründe sind vielfältig. Dazu zählen die grundsätzlich erhöhte Infektionsgefahr für Menschen, die in grossen Haushalten zusammenleben, sowie zum Teil fehlende oder zu spät bereitgestellte Schutzausrüstung für das Pflegepersonal in Langzeit-einrichtungen [6–8]. Die teilweise zögerliche Ausstattung mit Schutzmaterial und die Erarbeitung von Schutzkonzepten betrafen auch ambulante Spitexdienste. Ist ein besonders schwerer Verlauf der COVID-19-Infektion zu erwarten, kann es für Bewohnerinnen und Bewohner sinnvoll sein, in der gewohnten Umgebung der Institution zu verbleiben, statt eine Verlegung ins Spital, insbesondere auf die Intensivstation, auf sich zu nehmen [9]. Viele Betroffene haben einen entsprechenden Willen im Voraus formuliert und durch eine gemeinsame vorausschauende Behandlungsplanung (ACP) in Form einer Patientenverfügung und/oder ärztlichen Notfallanordnung festgehalten [10, 11]. Unab-

* Dieser Appell wurde von über 100 Personen aus der ganzen Schweiz unterzeichnet. Die Liste der Unterzeichnenden finden Sie online unter: <https://tlp.de/appell-langzeitpflege>. Der Appell ist auch auf Italienisch verfügbar.

hängig davon bestanden über viele Wochen Vorgaben diverser kantonaler Gesundheitsbehörden an die Heime, die Spitalverlegung bei COVID-19-Verdacht an strengere Bedingungen zu knüpfen, als sie für die Restbevölkerung galten (Kriterium des zu erwartenden Nutzens der Spitalbehandlung, im Gegensatz zum Kriterium der Spitalbedürftigkeit der Person aufgrund ihres Zustands). Hier braucht es die Klärung, inwiefern durch die behördlichen Vorgaben an die Heime die Rechtsgleichheit verletzt wurde und eine Diskriminierung von Menschen aufgrund ihres Alters oder ihres Wohnorts vorliegt.

Schutz des Lebens, Schutz der Gesundheit und der Persönlichkeit

Pflegeheime, Organisationen der Langzeitpflege und Gesundheitsbehörden haben zu Beginn der neuen Bedrohung durch die Pandemie mit grosser Verantwortung und Umsicht reagiert und die Empfehlungen des Bundesrates bezüglich des Besuchsverbots in Pflegeheimen rasch umsetzen müssen. Das Gebot, das Leben zu schützen, gilt absolut im Sinne des Schutzes von Individuen vor staatlichen Tötungen, mit ganz wenigen Ausnahmen wie Polizeinotwehr oder Verteidigungskrieg. Nicht absolut hingegen gilt das Gebot, Individuen vor Gesundheitsgefährdungen zu schützen – weder in der Pandemie noch ausserhalb von ihr. Dieses Gebot ist eingebettet in den Schutz der Persönlichkeit respektive der Werte und Interessen der Person, welche dieses Leben lebt und es als ihr eigenes Leben erfährt.

Menschen in Langzeitinstitutionen leben in privat genutzten Räumlichkeiten. Das Recht auf Selbstbestimmung in der eigenen Privatsphäre muss ihnen auch in ausserordentlichen Lagen zugestanden werden, selbstredend unter Einhaltung empfohlener Schutzstandards und Beachtung bestehender Schutzkonzepte, deren Wirksamkeit und Verhältnismässigkeit kontinuierlich zu überprüfen sind. Sind diese Personen urteilsunfähig, muss der Zugang der gesetzlichen Vertretungspersonen und Beistände jederzeit gewährleistet sein. Für die Menschlichkeit einer Gesellschaft ist es systemrelevant, wie sie mit Personen umgeht, die einer dauerhaften Pflege und Betreuung in den Einrichtungen der Langzeitpflege bedürfen. Die Stellungnahme der Nationalen Ethikkommission im Bereich Humanmedizin «Schutz der Persönlichkeit in Institutionen der Langzeitpflege» vom 8. Mai 2020 [12] fand dafür bereits deutliche Worte, löste erstaunlicherweise aber nur ein geringes Echo aus [13].

Zehn Postulate

Public-Health-Krisen wie eine Pandemie stellen die Gesellschaft vor grosse medizinische, ethische und rechtliche Herausforderungen. Sie machen Menschen, die bereits verletzlich sind, noch verletzlicher. Dazu zählen Menschen, die in Institutionen der Langzeitpflege leben oder zu Hause durch ambulante Dienstleistungen pflegerische Unterstützung und Betreuung erfahren. Sie bedürfen eines besonderen Schutzes.

Es ist die gemeinsame Verantwortung von politischen Kräften, Behörden, Pflegeheimleitungen, medizinischem Personal und anderen Mitarbeitenden, gemeinsam mit Bewohnerinnen, Bewohnern und Angehörigen sichere und menschenwürdige Umgebungen zu schaffen, damit auch in einer Pandemiesituation die Leben, die geschützt werden sollen, von den Betroffenen als lebenswert erfahren werden.

Als Medizinethikerinnen und Medizinethiker der Schweiz ersuchen wir die Leitungspersonen von Einrichtungen und Organisationen sowie die Gesundheitsbehörden, im Sinne von «Lessons to be learned» die folgenden zehn Postulate umzusetzen, auch mit Blick auf eine erneute Pandemiewelle:

1. Die verfassungsmässig garantierten Freiheitsrechte der Bewohnerinnen und Bewohner von Einrichtungen der Langzeitpflege müssen vollumfänglich gewährleistet sein unter Einhaltung der für die Bevölkerung empfohlenen Schutzstandards und unter Vorlage entsprechender Schutzkonzepte.
2. Engen Angehörigen und Bezugspersonen sowie gesetzlichen Vertretungspersonen und Beiständen ist der Zugang zu urteilsunfähigen Personen zu gewähren unter Beachtung der allgemein geltenden Schutzstandards.
3. Es sollen Mittel gesprochen werden für eine unabhängige wissenschaftliche Untersuchung der Zusammenhänge, welche in der ersten Pandemiewelle die hohe Sterblichkeit an COVID-19 in den Alters- und Pflegeheimen der Schweiz erklären.
4. Es sind Massnahmen zu ergreifen, um in Pandemiesituationen das Vertrauen in die Behörden und in die Einrichtungen zu fördern. Dazu gehört der kontinuierliche Dialog mit den Bewohnerinnen und Bewohnern, den Angehörigen und den gesetzlichen Vertretungspersonen.
5. Bei der Planung und Umsetzung von Massnahmen gilt es, auch strukturelle Probleme anzugehen, welche in Institutionen der Langzeitpflege zu einer Verschärfung der oben aufgeführten Phänomene beitragen können [14]. Dazu gehören:

- a. ein schlechter Skills-Grade-Mix (d.h. nicht erfüllte Anforderungen an die Anzahl und die fachliche Qualifikation des Personals pro Schicht),
 - b. ein (chronischer) Personalmangel mit unterbesetzten Planstellen,
 - c. der Mangel an Schutzmaterial,
 - d. das Fehlen von Schutzkonzepten für Beistände, Besuchs- und Vertretungspersonen,
 - e. das Fehlen von Massnahmen zur Früherkennung von Infizierten beim Personal und bei den Bewohnerinnen und Bewohnern,
 - f. das Fehlen von professionell umgesetzten Palliative-Care-Konzepten nach den Standards von palliative ch,
 - g. die kritische Überprüfung der Wohnsituation von Hochrisikopersonen in Grossinstitutionen und die Favorisierung kleinerer Wohneinheiten mit kleineren Behandlungsteams.
6. Kantonale Weisungen respektive Empfehlungen der Gesundheitsbehörden an die Institutionen sollen transparent sein und öffentlich publiziert werden. Die Hospitalisationskriterien für Bewohnerinnen und Bewohner mit Verdacht auf COVID-19 sollen bekannt sein, den Willen der Betroffenen berücksichtigen und bei Triagesituationen den geltenden nationalen Standards folgen; darüber hinaus dürfen keine weiteren Hürden für die Population in Langzeitinstitutionen bestehen.
 7. Strukturen, die zu einer aktiven Fehlerkultur nach innen und aussen beitragen (z.B. Critical Incident Reporting Systems (CIRS) und Whistleblowing-Prozesse intern und extern), sollen gestärkt werden.
 8. Bewohnerinnen und Bewohner, enge Angehörige, Vertretungspersonen und Beistände sollen transparent und proaktiv über bestehende Infektionen, vorbeugende Massnahmen und die pflegerische Versorgungssituation informiert werden.
 9. Im Hinblick auf eine erneute Pandemiewelle sollen Einrichtungen, Organisationen und Gesundheitsbehörden Massnahmen vorbereiten, um die folgenden Persönlichkeitsrechte der Bewohnerinnen und Bewohner auch unter Isolationsbedingungen zu gewährleisten:
 - a. Zugang von Vertretungspersonen, Beiständen und engen Bezugspersonen,
 - b. Zugang von notwendigen Fachpersonen (Aktivierung, Physio- und Ergotherapie, Podologie, Seelsorge etc.),
 - c. Recht auf Tageslicht, Bewegung, frische Luft und soziale Zuwendung,
 - d. Recht auf Mitbestimmung in Therapieentscheidungen,
 - e. Miteinbezug von Angehörigen und gesetzlichen

Vertretungspersonen bei unabwendbaren freiheitsbeschränkenden Massnahmen unter Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen.

10. Forschung ist zu fördern, die mit geeigneten wissenschaftlichen Methoden das Erleben der Betroffenen, Angehörigen, Pflegefachpersonen, Betreuenden und Heimleitungen zum Gegenstand hat, damit deren Stimme im politischen Diskurs zum Umgang mit der Pandemie besser wahrgenommen und in einer ähnlichen Situation stärker vertreten sein wird.

Danksagung

Die Unterzeichnenden bedanken sich bei Dr. med. Roland Kunz, ärztlicher Leiter Zentrum für Palliative Care am Stadtspital Waid Zürich, und Prof. Dr. iur. Bernhard Rütsche, Ordinarius für öffentliches Recht und Rechtsphilosophie an der Universität Luzern, für wertvolle Anregungen und Ergänzungen.

Literatur

- 1 Schlögl M, Jones C. Maintaining Our Humanity Through the Mask: Mindful Communication During COVID-19. *J Am Geriatr Soc.* 2020;68:E12–E13. doi:10.1111/jgs.16488
- 2 Röhr S, Müller F, Jung F, et al. Psychosoziale Folgen von Quarantänemassnahmen bei schwerwiegenden Coronavirus-Ausbrüchen: ein Rapid Review. *Psychiatr Prax.* 2020;47(4):179–89. doi:10.1055/a-1159-5562
- 3 Mehr als die Hälfte starb in Alters- und Pflegeheimen. Der Bund vom 18.5.2020; <https://interaktiv.derbund.ch/2020/corona-tote-mehrheitlich-aus-altersheimen>. Abruf 5.6.2020.
- 4 Half of Coronavirus Deaths Happen In Care Homes. Data From EU Suggests. *The Guardian* vom 13.4.2020; www.theguardian.com/world/2020/apr/13/half-of-coronavirus-deaths-happen-in-care-homes-data-from-eu-suggests. Abruf 5.6.2020.
- 5 COVID-19: Sterblichkeit unter Pflegebedürftigen fünfzigmal höher. *Deutsches Ärzteblatt* vom 10.6.2020; www.aerzteblatt.de/nachrichten/113675/COVID-19-Sterblichkeit-unter-Pflegebeduerftigen-fuenfzigmal-hoehere. Abruf 14.6.2020.
- 6 Barnett M, Grabowski D. Nursing homes are ground zero for Covid-19 pandemic. *JAMA Health Forum.* 2020; <https://jamanetwork.com/channels/health-forum/fullarticle/2763666>
- 7 Comas-Herrera A, Zalakaín J, Litwin C, et al. Mortality associated with COVID19 outbreaks in care homes: early international evidence. *LTCcovid.org, International Long-Term Care Policy Network, CPEC-LSE.* 2020; <https://lccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/Mortality-associated-with-COVID-21-May-7.pdf>
- 8 Etard JF. Potential lethal outbreak of coronavirus disease (COVID-19) among the elderly in retirement homes and long-term facilities. *Euro Surveill.* 2020;25(15):2000448. doi:10.2807/1560-7917.ES.2020.25.15.2000448
- 9 Fachgesellschaft Palliative Geriatrie. Covid-19-Pandemie: Aspekte der Palliative Care für alte und gebrechliche Menschen zu Hause und im Alters- und Pflegeheim, 2020; www.samw.ch/dam/jcr:e61aba64-f3a6-472c-96a0-46d98b07c926/empfehlungen_fgpg_palliative_care_20200322.pdf. Abruf 5.6.2020.
- 10 Brinkman-Stoppelenburg A, Rietjens JAC, van der Heide A. The effects of advance care planning on end-of-life care: a systematic review. *Palliat Med.* 2014;28(8):1000–25. doi:10.1177/0269216314526272
- 11 Vgl. zu Advance Care Planning in der Schweiz: www.pallnetz.ch/acp-nopa.htm. Abruf 5.6.2020.
- 12 Nationale Ethikkommission. Schutz der Persönlichkeit in Institutionen der Langzeitpflege. Ethische Erwägungen im Kontext der Corona-Pandemie. *NEK-CNE* 2020.
- 13 Lanoix M. Nursing homes in the time of Covid-19. 2020; <https://impactethics.ca/2020/04/21/nursing-homes-in-the-time-of-covid-19>. Abruf 5.6.2020.
- 14 Oliver D. Let's not forget care homes when covid-19 is over. *BMJ.* 2020;369:m1629.

Settimio Monteverde, PhD
Universität Zürich
Institut für Biomedizinische
Ethik und Medizingeschichte
Winterthurerstrasse 30
CH-8006 Zürich
Tel. 044 634 40 81
[settimio.monteverde\[at\]uzh.ch](mailto:settimio.monteverde[at]uzh.ch)



Leserumfrage

Wir von der *Schweizerischen Ärztezeitung* (SÄZ) möchten gerne mehr über die Bedürfnisse und Wünsche unserer Leserschaft erfahren. Welche Inhalte interessieren unsere Leserinnen und Leser am meisten? Braucht es weniger Beiträge aus dem Kulturbereich und dafür mehr politische Themen, oder umgekehrt? Lesen Sie die SÄZ lieber online oder als Print-Version? Die Antworten auf diese und weitere Fragen helfen uns, die Zeitschrift für Sie möglichst interessant zu gestalten.

Wie kann ich an der Leserumfrage teilnehmen?

Sie können online unter www.umfrage.saez.ch oder über den untenstehenden QR-Code teilnehmen.

Sie ziehen es vor, den Fragebogen handschriftlich auszufüllen? Kontaktieren Sie uns, und wir senden Ihnen die Unterlagen per Post oder E-Mail zu: [redaktion.saez\[at\]emh.ch](mailto:redaktion.saez[at]emh.ch) oder 061 467 85 72.

Wie lange dauert die Umfrage?

Sie sollten rund 10 bis 15 Minuten einplanen.

Was geschieht mit meinen Daten?

Die Umfrage ist anonym. Sämtliche Daten werden ausschliesslich für die Auswertung der Antworten verwendet.

Am Schluss der Leserumfrage haben Sie jedoch die Möglichkeit, Ihren Namen und Ihre E-Mail-Adresse anzugeben, falls Sie bei künftigen Projekten des Schweizerischen Ärzteverbandes EMH nach Ihrer Meinung gefragt werden möchten. Sie werden damit Teil unserer Com-

munity, die direkt in die Weiterentwicklung unserer Produkte einbezogen wird.

Werden die Resultate veröffentlicht?

Wir werden die wichtigsten Ergebnisse im Spätsommer in der SÄZ publizieren. Doch noch wichtiger ist, dass wir die Erkenntnisse aus der Leserumfrage möglichst zeitnah in unsere Prozesse einfließen lassen – damit die SÄZ auch in Zukunft die Erwartungen unserer Leserschaft erfüllt.

Bildnachweis

© Peshkova | Dreamstime.com, bearbeitet von Celine Kohler / EMH

Hier gelangen Sie zur Leserumfrage:



www.umfrage.saez.ch

**Vielen Dank für
Ihre Unterstützung!**

Briefe an die SÄZ

Réplique à «Combien de santé ou quelle médecine sacrifier à la santé?»

Lettre concernant: Schlup J. Combien de santé peut-on sacrifier pour la préserver? Bull Med Suisses. 2020;101(23–24):727.

Dans son récent éditorial du BMS, Jürg Schlup me semble vouloir croire que beaucoup de monde, et surtout ceux qui ne consultent pas, va mal pendant le confinement du Covid-19. D'autre part, dans le même numéro, Eberhard Wolf souligne que «le coronavirus a entraîné une poussée inouïe de médicalisation», alors que «se protéger de l'infection était soudain devenu le seul argument légitime, rendant impossible toute objectivité». Il nous rappelle qu'«il est nécessaire de débattre sans ambages de la valeur de la santé au sein de notre existence»... ou de redéfinir ce que nous comprenons par santé.

La définition de la santé questionne de manière plus insistante du fait que la période Covid a totalement changé les consultations. Alors que l'attention au SARS-Cov-2 prend la place prépondérante, tout le reste n'est que peau de chagrin. Non seulement l'enveloppe molle de la médecine générale (trop accaparée par les prétendues urgences) qui protège le noyau dur de la médecine technique, mais les douleurs thoraciques, les infarctus, les AVC disparaissent! Les accidents et les troubles anxieux se dissolvent (grâce aux directives) pour peut-être faire place à la dépression (secondaire aux privations de libertés).

Ne serait-ce qu'un glissement de l'attention vers l'incertitude naturelle de la vie qui changerait toute la donne et amènerait une plus grande sérénité que quand le système de soins laisse planer l'illusion du contrôle et de l'explication de toutes les maladies, source de désillusion dramatique surtout quand toute attention pour notre éternité est sacrifiée au souci pour notre avenir. Les gens ont pu se sentir reconnectés avec le désir de sauvegarder la terre qui nous (sup)porte et le ciel qui nous éclaire maintenant mieux.

N'oublions pas non plus que le fait de ne plus être soumis à toutes sortes d'échéances souvent dérisoires diminue notablement le stress et surtout le besoin de justification d'une possible incompétence, justification que la maladie apporte de manière honorable. Dans de tels cas qui sont fréquents, il faut se garder de «guérir», sous peine de voir surgir une blessure d'amour propre bien plus délétère que la maladie «choisie» par la personne en détresse.

N'est-il pas important d'étudier la «disparition» de ces troubles, plutôt que chercher à

saisir un virus qui échappe aux traitements et de prétendre que les gens ont eu peur de consulter alors que beaucoup se sont tout simplement sentis mieux! Ne serait-ce pas le fruit d'une autre attention au prochain tout à coup plus distant? Et que penser de l'atténuation du nombrilisme consumériste en d'autre temps renforcé par cette médecine surtout attentive aux facteurs de risques inquiétants plutôt qu'aux facteurs salutaires valorisant chaque personne. En fait, jusqu'au Covid, c'est comme si la médecine devait lubrifier les rouages du système en mettant de l'huile sur le feu... des maladies silencieuses! Tout cela devient évidemment inutile quand ledit système est à l'arrêt ou ralenti.

En revenant aux critères EAE, ne devrait-on pas trouver ici de quoi les satisfaire puisque moins de soins équivaut souvent à une meilleure santé? Jürg Schlup nous dit que les mesures prises doivent être pondérées à l'aune de leur efficacité et de leurs effets secondaires. Mais que penser lorsque ces derniers sont favorables?

Plutôt que sacrifier de la santé, ne faudrait-il pas renoncer à une certaine médecine pour plus de santé?

Dr méd. Laurent Schaller, Moutier

Das Staatsexamen in Zeiten von COVID: Fragen unbeantwortet

Brief zu: Häfliger Berger B. Replik auf: Das Staatsexamen in Zeiten von COVID: Praktikum statt praktischer Prüfung. Schweiz Ärztztg. 2020;101(25–26):798–9.

Sehr geehrte Frau Häfliger Berger

Ich habe Ihre Replik in der Ärztezeitung vom 17.6.2020 gelesen und mich sehr gewundert, wie Sie gar nicht auf die Fragen von Prof. E. Christ eingehen. Zudem unterschlagen Sie den Kommissionsvorschlag, die praktische Prüfung an den jeweiligen Fakultäten durchzuführen. Sie reagieren nur auf den ursprünglichen Vorschlag, nämlich auf die praktische Prüfung ganz zu verzichten (ein Vorschlag, der längst vom Tisch ist). Dass dies unmöglich sei, begründen Sie mit dem Medizinalberufegesetz, das den Nachweis von Fertigkeiten und Fähigkeiten sowie über die Verhaltensweisen und sozialen Kompetenzen dringend erfordert. Diese Forderung wird mit dem OSCE, einem Postenlauf, der das breite Spektrum der medizinischen Fächer abdeckt, erfüllt. Dies soll nun durch ein sechswöchiges Praktikum ersetzt werden. Da fehlen identi-

sche Bedingungen, eine Anforderung, die an eine Prüfung grundsätzlich gestellt ist. Wie soll eine breit gefächerte Fähigkeitsprüfung durch ein sechswöchiges Praktikum (in der ersten Assistenzarzt-Zeit) z.B. auf der Pathologie, der Gerichtsmedizin oder der Labormedizin adäquat ersetzt werden? Dem Gesetz, das Sie hervorheben, wird so sicher nicht Genüge getan, folglich bräuchte es auch hier Notrecht, um diesen Unsinn zu legitimieren. Dass das BAG und Bundesrat Berset gerade die «Lösung» bevorzugen, welche die Prüfungskommission als die schlechteste ablehnte, zeugt von grosser Arroganz. Ihre Bemerkung, es stehe ja allen die Möglichkeit offen, die praktische Prüfung ein Jahr später zu absolvieren, erachte ich als eine Frechheit und zeugt allenfalls davon, dass Sie keine Ahnung haben, was es heisst, eine solch breit gefächerte Prüfung mit immenssem Wissen vorzubereiten.

Dr. med. Fredy Loretz, Rifferswil

Hausarztmedizin, Palliative Care und Corona

Seit Anfang der Corona-Krise konnte ich es nie verstehen: weshalb ein solch zentralistisches Management? War da kein Platz für die Hausärzte? Das Testen: nie von Sentinella gehört? Haben wir nicht 2006 an einer nationalen Demo vor dem Bundeshaus in Bern für eine grössere Bedeutung unserer Hausarztmedizin demonstriert (?) mit der heutigen Bundespräsidentin Simonetta Sommaruga auf der Rednertribüne.

Wozu wurde in den letzten 15 Jahren Palliative Care landesweit ausgebaut? Es ist leider eine Tatsache, dass viele Mediziner, Spezialisten und Experten ihre liebe Mühe mit Menschen am Lebensende, auf dem Sterbebett haben, weil sie den Umgang und das Gespräch mit ihnen nie gelernt haben. Umso mehr ist das eine Kernkompetenz von Hausärztinnen und Hausärzten und Mitarbeitenden von Palliative Care. Genau in diesem Sinn hat sich die Ex-Bundesrätin Doris Leuthard im TV klar ausgedrückt: Für ihre Mutter wäre die Intensivstation oder Beatmungsmaschine kein Thema! Unsere Eltern, unsere betagten Patienten zu Hause und in Pflegeheimen würden sich grossmehrheitlich genauso entscheiden – so man ihren Willen und ihre Autonomie respektiert! Viele reservierte Intensivbetten werden darum gar nicht belegt.

Dem ruhig und mit Bedacht geführten Gespräch zwischen Ärzten/Pflegenden und Pa-

tienten standen die Horrorbilder aus der Lombardei und Bergamo entgegen. Bundesrat Berset gestand später freimütig im Zeitungsinterview, dass ihm während des Staatsbesuchs vom 23.2. in Rom bei Ministerpräsident Conte schlagartig bewusst wurde, welche grosse Corona-Welle auf die Schweiz zurollt. Diese Bilder via alle Medien haben auch unsere Köpfe und Gedanken sprichwörtlich verseucht!

«Fake» – war damals meine laute Reaktion. Meine Erfahrungen mit Spitälern, ja sogar Unispitälern in Italien und Spanien, als Begleitperson hautnah dabei, haben mir eines aufgezeigt: Das Gesundheitswesen wurde in diesen Ländern «gesund»-gespart und an die Wand gefahren. Die Pflege ist katastrophal, mit den Verhältnissen in der Schweiz nicht vergleichbar!

Bundesrat Cassis, unser oberster Arzt, hätte das als italienisch-schweizerischer Doppelbürger (der er war) besser wissen können, seine Bundesratskollegen inkl. BAG besser beraten müssen! Meine Erkenntnis: Tragen wir wieder mehr Sorge hier bei uns zu unseren Allgemeinspitälern! Kein weiterer Abbau zugunsten des profitablen Privatsektors! Kritik hundertmal ist immer einfach – heisst es. Meine Tagebucheinträge waren klar. «Massenhysterie Corona» am 29.2. und «Angst, Panik und Hysterie» am 15.3. halten zum Teil bis heute an. Nur langsam waren auch andere kritischere Stimmen hörbar. Gott sei Dank!

Als Hausärzte mit einem bio-psycho-sozialen Hintergrund hätte uns von allem Anfang an genauso klar sein müssen, dass ein wirtschaftlicher Lockdown mit seinen ökonomischen Folgen vielleicht grössere medizinische Auswirkungen hat als das Virus selbst.

Deshalb meine Forderung: In eine nationale Task Force gehören neben den viel genannten Experten Virologen, Infektiologen, Epidemiologen, Intensivmedizinern und Hygienefachleuten auch gewöhnliche Fachleute des Alltags wie Ökonomen, Historiker, Philosophen, Schriftsteller ... und Hausärzte.

Dr. med. Hans Walter Bühler, Kandersteg

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/

Illegale Demos «hoherfreulich»

Die illegalen Demos gegen Rassismus in den letzten Tagen mit über zehntausend Menschen findet der Polizeidirektor des Kantons St. Gallen, Fredy Fässler, als «hoherfreulich».

Was ihn erfreut, bleibe dahingestellt. Sicher jedoch sind sie epidemiologisch hoherfreulich, hochwillkommen. Denn so kann man alle noch gültigen Massnahmen der Covid-Verordnung, wie Verbot von Kundgebungen mit mehr als der erlaubten Teilnehmerzahl, auf Notwendigkeit in Theorie und Praxis überprüfen, im Test-Versuch 1:1.

Für alle medizinischen Massnahmen werden Versuche über Wirksamkeit verlangt, bei prophylaktischen Verordnungen über Notwendigkeit.

Demos sind deshalb ein Idealfeld für Testprüfungen von Schutzmassnahmen, wenn sie von freiwilligen Testpersonen eben nicht eingehalten werden.

Wie weiter? Wenn zwei Wochen nach der Demo mit über zehntausend Teilnehmern keine Massenfälle von Grippe auftreten, ist klar, dass solche Vorschriften nicht mehr nötig sind und man folglich auch im Normal-Alltag auf sämtliche anticoronaren Massnahmen verzichten kann; dann darf ich in der Kirche wieder singen ...

Dr. med. Johann Jakob, Bad Ragaz

Wo liegt die Quelle unseres Bewusstseins?

Eine der wichtigsten Aussagen der neuen Physik ist folgende: «Die Quelle des Bewusstseins liegt nicht im Innern des Körpers oder des Gehirns, sondern ist eine Qualität der Netzstruktur von Raumzeit selbst von der grundlegenden Dynamik und Funktion eines Informationsverarbeitenden Schwarz-Loch-Universums. Der biologische Körper ist mehr ein Sende- und Empfangsgerät für das Bewusstsein. Wir leben im Innern eines grossen Schwarzen Lochs» [1].

Die neue Physik macht auch die Nahtoderfahrungen verständlicher. Menschen, die den Inhalt des Buches [1] verstehen, würden nie mehr willentlich ändern schaden, weil sie genau wüssten, wie sehr sie dabei sich selbst schaden.

Dr. med. Hedi Meierhans, Maseltrangen

1 Meierhans H. Hinter den Kulissen der Welt, ewige Ruhe? Tao.de, 224 Seiten.

Familiengespräche gehören zum Kerngeschäft

Brief zu: Najjar I. Wie COVID-19 meine Arbeit verändert hat. Schweiz Ärztezg. 2020;101(25–26):828.

Ich danke Kollegin Najjar für ihren Bericht über die Veränderungen, die sie infolge COVID-19 im Unispital Genf erlebt hat. Die Verbesserungen der Arbeitsbedingungen infolge der Verminderung der administrativen Belastung müssen unbedingt erhalten und ausgebaut werden. Das gilt für die Spitäler ebenso wie für die Arztpraxen. Wir haben nicht Medizin studiert, um unsere Patienten zu verwalten, sondern um sie zu behandeln und in ihrer Genesung oder im Umgang mit chronischen Krankheiten zu unterstützen.

Ich kann auch gut nachvollziehen, dass Gespräche mit Angehörigen (und sicher auch mit manchen Patienten) belastend sind, v.a. bei schweren Krankheiten und in schwierigen Situationen. Diese Gespräche müssen aber weiterhin stattfinden, denn Medizin bedeutet nicht einfach Behandlung einer Krankheit, von Verletzungen etc., sondern Betreuung eines bestimmten Menschen mit seiner Krankheit. Zu einem Patienten gehören immer auch seine Ängste, Sorgen und schwierigen Seiten, die ebenso ernst genommen werden müssen wie die Angehörigen. Damit das möglich ist, braucht es einerseits genügend Zeit. Sprechende Medizin kostet, und das muss auch vergütet werden.

Andererseits brauchen alle, die schwierige Patienten- oder Angehörigengespräche führen müssen, auch Unterstützung, damit sie das tun können, ohne ihre psychische Gesundheit aufs Spiel zu setzen. Hier bieten Balintgruppen eine wichtige Unterstützung. In ihnen finden Ärztinnen, Pflegefachleute, Physiotherapeutinnen etc. Zeit und Raum, schwierige Beziehungen mit Patienten zu reflektieren. Sie können ihre Gefühle zulassen, ohne verurteilt zu werden, und im Austausch mit der Gruppe neue Sichtweisen gewinnen, die oft aus einer Sackgasse herausführen. Unter http://www.balint.ch/seiten_de/balint_gruppen.html finden Interessierte eine Übersicht von Gruppen mit qualifizierten Leitern. Die Teilnahme an Balintgruppen ermöglicht eine bessere ganzheitliche Betreuung der Patienten und eine Burn-out-Prophylaxe für die Teilnehmer.

*Dr. med. Monika Diethelm-Knoepfel,
Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und -psychotherapie, Uzwil*

Mitteilungen

Facharztprüfungen

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharztstitels Psychiatrie und Psychotherapie – 2. Teil 2021

Ort und Datum

Lugano: Samstag, 8. Mai 2021

Genf: Samstag, 8. Mai 2021

Olten: Samstag, 8. Mai 2021

Bern: Samstag, 29. Mai 2021

Wil SG: Samstag, 29. Mai 2021

Anmeldefrist: 2. Dezember 2020 um 16.00 Uhr

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

Schwerpunktprüfung zur Erlangung des Schwerpunktes pädiatrische Endokrinologie-Diabetologie zum Facharzttitel Kinder- und Jugendmedizin

Ort: Universitäts-Kinderspital Lausanne (Hôpital de l'Enfance),
Chemin de Montétan 16, 1004 Lausanne

Datum: Donnerstag, 5. November 2020
9.00–11.30 Uhr schriftliche Prüfung
(auf Englisch)

13.00–18.00 Uhr mündliche Prüfung
(1 Stunde pro Kandidat)

Anmeldefrist: 1. August 2020

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

Teilnehmende Ärztinnen und Ärzte gesucht

Nationale Corona-Studie (OVID trial)

Eine klinische Studie der Klinik für Angiologie am UniversitätsSpital Zürich (USZ) untersucht die Wirksamkeit und Sicherheit eines Blutverdünners zur Vermeidung von Blutgerinnseln bei ambulanten Patienten mit Coronavirus-Infektion.

Am 15. Juni startete die Studie, die schweizweit untersucht, ob die Behandlung von ambulanten COVID-19-Patientinnen und -Patienten mittels Gabe von Enoxaparin verbessert werden kann. Wir suchen Studienteilnehmer ab 50 Jahren, welche innerhalb der letzten 5 Tage positiv auf das Coronavirus getestet wurden. Die Studie wird durchgeführt unter der Leitung von Prof. Nils Kucher (Angiologie USZ) in enger Zusammenarbeit mit den anderen vier Universitätsspitalern Basel, Bern, Genf, Lausanne sowie den Tessiner Spitalern Lugano und Bellinzona.

Zur Rekrutierung der rund 1000 Studienteilnehmenden sind alle COVID-19-testenden Ärzte schweizweit zur Studienteilnahme aufgerufen. Informieren Sie bitte Ihre Patienten über die Studie, und teilen Sie uns die Testergebnisse nach Unterzeichnung des Informed-Consent-Formulars durch den Patienten mit. Eine dreisprachige telefonische Studienhotline gibt interessierten Patientinnen und Patienten sowie Ärztinnen und Ärzten Auskunft:

- Hotline 043 253 03 03 (MO–FR, 8–18 Uhr)
- E-Mail: [ovidstudie\[at\]usz.ch](mailto:ovidstudie[at]usz.ch)

Die Studienhotline verteilt geeignete Patienten auf wohnortnahe Studienzentren.

Für weitere Angaben und für die dreisprachige Patienteninformation richten Sie bitte Ihre Smartphone-Kamera auf den QR-Code.



The Swiss Society for Infectious Diseases (SSI) Awards 2020

The SSI and the Swiss Academic Foundation for Education in Infectious Diseases (SAFE-ID) will award three prizes for outstanding scientific achievements in basic as well as in clinical research in infectious diseases, respectively. The first prize will be awarded with CHF 8000, the second prize with CHF 5000 and the third prize with CHF 2000 in each category.

Eligibility: Authors of an outstanding scientific publication in basic or clinical research in infectious diseases. A significant part of the work must have been performed in Switzerland. The paper (or group of related papers) must have been either published or accepted for publication by an internationally renowned peer-reviewed journal between 1st August 2019 and 31st July 2020.

Conditions: Applications must be accompanied by a cover letter including the name and e-mail address of the applicant who will present the work, the prize category applied for and a statement that all authors agree with the application. If the paper is accepted but not yet published, please attach the letter of acceptance. The applicant must be an active member of the SSI. A prize committee designated by the committee of the SSI performs the evaluation. Decisions made by the committee are definitive and not subject to appeals. The award is intended to support a research project of the awardee. The awards will be given to the winners in person at the 2020 annual conference of the SSI that will be held from 2nd to 4th September 2020 at the Palexpo, Geneva. The winner of the first prize in each category is expected to give a short presentation of the work during the award ceremony. The awards will be publicized in the Swiss medical press and on the websites of the SSI and the SAFE-ID.

Deadline for applications: 1st August 2020

Please submit the documents by e-mail to the president of the prize committee:
Prof. Dr. med. Roberto Speck, Klinik für Infektionskrankheiten und Spitalhygiene, UniversitätsSpital Zürich, e-mail: [roberto.speck\[at\]usz.ch](mailto:roberto.speck[at]usz.ch)

Genetische Impfstoffe gegen COVID-19: Hoffnung oder Risiko?

Clemens Arvay

Dipl.-Ing., Biologe, freier Autor, Graz

Es wird häufig davon ausgegangen, dass sich das globale Sozialleben erst normalisieren wird, wenn ein Impfstoff gegen SARS-CoV2 zur Verfügung steht. Fast die Hälfte der Impfstoffkandidaten sind genetische Impfstoffe, welche einige gesundheitliche Risiken bergen.

Die Biologie von SARS-CoV-2

SARS-CoV-2 gehört zur Familie der Coronaviren (Coronaviridae). Das virale Genom liegt bei diesen nicht als DNA (Desoxyribonukleinsäure), sondern als RNA (Ribonukleinsäure) vor. Die Virionen des Erregers mit einem Durchmesser von etwa 120 nm bestehen aus einer Lipiddoppelschichthülle mit Membran- und Stachelproteinen, in deren Inneren die genomische RNA (vRNA für «viral RNA») im Querschnitt ringförmig im Nukleokapsid angeordnet ist [1].

Nach dem Eintritt in die Wirtszelle kommt es dort zur Expression der Boten-RNA (mRNA für «messenger RNA»), die aus einsträngigen Transkripten von Abschnitten der viralen RNA besteht. Über Eingriffe in

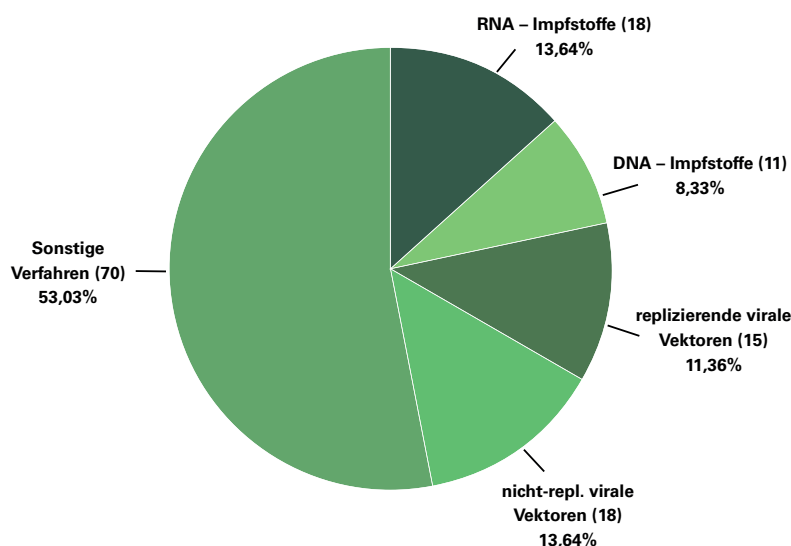
peripher-genetische Abläufe in der Wirtszelle findet die Translation der Boten-RNA an den Ribosomen statt, in denen die Proteinbiosynthese abläuft. In der Folge kommt es zur Synthese viraler Proteine [2].

Genbasierte Impfstoffe

Viele Experten gehen davon aus, dass sich unser Alltag erst normalisieren wird, wenn ein wirksamer Impfstoff gegen SARS-CoV-2 zur Verfügung steht [3]. Unter den Kandidaten befindet sich ein signifikanter Anteil genbasierter, das heisst auf der Transduktion von Nukleinsäuren in die menschliche Zielzelle aufbauender Impfstoffe [4]. Bei der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wurden von pharmazeutischen Unternehmen 18 RNA- und 11 DNA-basierte Impfstoffstudien für eine Immunisierung gegen COVID-19 angemeldet (von 132) [5]. Hinzu kommen 33 virale Vektorimpfstoffe, bei denen durch Manipulation eines Trägervirus ebenfalls eine Übertragung von DNA oder RNA stattfindet. Genetische Ansätze werden öffentlich als erfolgversprechende Kandidaten gehandelt [6] und unter anderen von Bill Gates und Christian Drosten favorisiert [7–9].

DNA-basierte Immunisierung

Ein DNA-basierter Impfstoffkandidat gegen COVID-19 wurde in den Vereinigten Staaten von Amerika für einen klinischen Test in Phase 1 zugelassen [10]. Die DNA-Technologie nutzt Plasmiden: ringförmige, doppelsträngige DNA-Moleküle. Diese stammen im Regelfall ursprünglich von Bakterien oder werden synthetisch hergestellt. Den Plasmiden wird die genetische Information zur Synthese von mindestens einem Pro-



Bei der WHO gemeldete nukleinsäurebasierte (d.h. genetische) Impfstoffkandidaten (rechts) im Verhältnis zu sonstigen (Stand: 2.6.2020).

tein eingesetzt, welches einem spezifischen Protein des Erregers für eine geeignete Immunantwort ausreichend ähnelt [11]. Dabei kann es sich zum Beispiel um ein virales Stachelprotein handeln.

Standardmässig nach Absorption der modifizierten DNA an Goldpartikeln erfolgt die Verabreichung mittels hohen Drucks durch eine «Genkanone», wobei die Partikel in Muskel- und Bindegewebszellen steckenbleiben, wo sie so wie die zelleigenen Gene enzymatisch von Transkriptasen abgelesen und zu Boten-RNA transkribiert werden. Nach Translation der Boten-RNA an den Ribosomen wird das virale Protein produziert und fungiert sodann als Antigen [12].

Als adverser Effekt ist die Bildung von Antikörpern gegen DNA möglich, was unerwünschte Autoimmunreaktionen auslösen könnte [13]. Bei Toleranzentwicklung gegen das Antigen könnte es zu Spätfolgen mit verminderter Immunantwort gegen verwandte Erreger kommen [14]. Die Immunogenität der DNA-Impfstoffe ist vergleichsweise gering, so dass nach derzeitigem Stand Wiederholungen der Immunisierung nötig und die Langzeitwirkungen nicht ausreichend gesichert wären [15]. Neben diesen grundsätzlichen Fragen besteht vor allem das Risiko einer unbeabsichtigten und zufälligen Insertion von DNA ins Genom der Zielzelle, was eine Aktivierung von Onkogenen oder eine Deaktivierung antikarzinogener DNA-Sequenzen bewirken und das Tumorrisiko erhöhen könnte [16].

Dieselben Problemfelder treffen auch auf DNA-basierte Immunisierungen mittels viraler Vektoren zu. Die genetischen Informationen für das erregerspezifische Antigen werden dabei in das Genom von DNA-Viren wie beispielsweise Adenoviren eingesetzt, welche in der Zielzelle durch Transkription die entsprechende Boten-RNA freisetzen. Die viralen Integrationsmechanismen können zur Aufnahme von DNA in den Zellkern führen und sind somit ebenfalls mit dem potenziellen Risiko der Tumorbildung behaftet [17].

RNA-Impfstoffe als Favoriten?

Die erste bislang in Deutschland zugelassene klinische Studie für eine Immunisierung gegen SARS-CoV-2 betrifft einen RNA-Impfstoff und befindet sich in der klinischen Phase 1 [18]. Auch in den USA sowie in Grossbritannien sind die ersten Kandidaten, die für die klinische Phase 1 zugelassen wurden, RNA-Impfstoffe [19, 20]. Die RNA-Plattform bringt synthetisch hergestellte mRNA zur Synthese eines erregerspezifischen Antigens mittels Lipidnanopartikeln in die Zielzelle ein, so dass die Translation sowie die darauffolgende Proteinbiosynthese des viralen Antigens in den Ribosomen erfolgen

und entsprechende Antikörper gegen Bestandteile von SARS-CoV-2 gebildet werden [21].

Offene Fragen betreffen vor allem das synthetische Design des Antigens. Die Boten-RNA muss einerseits so gestaltet werden, dass sie humane mRNA mimt, um von der Zielzelle verarbeitet zu werden. Andererseits muss das Antigen jenem von SARS-CoV-2 ausreichend ähneln, um eine Immunität zu gewährleisten. Neben solchen grundlegenden Problemstellungen liegen konkrete Hinweise für mögliche gesundheitliche Langzeitfolgen durch RNA-Immunisierungen vor. So haben präklinische Studien mit RNA-Impfstoffen gegen SARS und MERS das Risiko schwerwiegender entzündlicher Veränderungen des Lungengewebes offengelegt, die über eine Überreaktion der Th2-Lymphozyten vermittelt werden [22]. Diese Bedenken gelten grundsätzlich auch, wenn die mRNA über einen viralen Vektor eingebracht wird (in der Regel RNA-Viren wie Retro-, Lenti- oder Alphaviren).

Plädoyer für das Vorsorgeprinzip

Von den bei der WHO gemeldeten Kandidaten wurden bisher 10 für die klinischen Phasen 1 oder 2 zugelassen, davon 50% genetische (2 RNA-, 1 DNA- und 2 virale Vektorimpfstoffe). Üblicherweise muss ein Kandidat vor der Zulassung drei klinische Phasen erfolgreich durchlaufen. Erst die Phase 3 dient der Feststellung von Langzeitwirkung sowie zeitverzögerten Nebenwirkungen und dauert typischerweise 4–6 Jahre. Nachdem in dieser Phase ausreichend lange Follow-up-Zeiträume nötig sind, führt jede Verkürzung zu einem höheren Risiko, dass eine Langzeitnebenwirkung übersehen wird. Im öffentlichen Diskurs werden unter Verweis auf die Haftung des Staates häufig die Aussetzung von Impfregularien und die Verkürzung der klinischen Phasen in Erwägung gezogen [23, 24]. Medizinethische Fragen sollten dabei nicht umgangen werden. Verkürzungen in den klinischen Phasen bergen insbesondere das Risiko, dass zeitverzögerte Nebenwirkungen erst erkannt werden, nachdem der Impfstoff bereits breitenwirksam angewendet wurde. Betroffenen ist mit einer blossen monetären Abfindung durch die öffentliche Hand für mögliche erlittene Gesundheitsschäden nicht geholfen. Daher sollten die politischen Entscheidungsträger nachdrücklich auf das Vorsorgeprinzip hingewiesen werden. Eine Immunisierung gegenüber COVID-19 könnte generell problematisch sein. Frühere Versuche, Impfstoffe gegen Coronaviren zu entwickeln, scheiterten [25]. Vakzinen gegen das feline Coronavirus FIPV führten zu adversen Effekten, so dass bei immunisierten Katzen die Wahrscheinlichkeit, die Erkrankung zu entwickeln, anstieg [26]. Bei einem bislang favorisier-

ten RNA-Kandidaten gegen SARS-CoV-2 zeigte sich jüngst im Primatenversuch, dass das Vakzin zu keiner ausreichenden Immunität führt, obwohl dieser Kandidat bereits zuvor eine Zulassung zur klinischen Phase 1 erhalten hatte [27]. Es muss auch bedacht werden, dass sich Coronaviren möglicherweise relativ rasch verändern. Wir sollten am Ende nicht mit einem im Eilver-

fahren zugelassenen Impfstoff der Evolution des Coronavirus hinterherhinken. Politische Entscheidungen müssen gerade jetzt unter sorgfältiger Abwägung möglicher Risiken getroffen werden. Das Vorsorgeprinzip wäre dafür ein idealer Leitfaden.

Bildnachweis

Darstellung von Clemens Arvay nach Daten von WHO Blueprint.

Das Wichtigste in Kürze

- Unter den Impfstoffkandidaten gegen SARS-CoV-2 befindet sich ein signifikanter Anteil genetischer Impfstoffe (62 von 132 = 47%), das heisst: Impfstoffe, die auf der Transduktion von Nukleinsäuren (DNA oder RNA) in die menschlichen Zielzellen basieren.
- Genetische Impfstoffe können jedoch Gesundheitsrisiken wie beispielsweise inflammatorische Autoimmunreaktionen und (im Fall der DNA-Plattform) Aktivierung von Onkogenen bergen.
- Der Autor argumentiert, dass Vereinfachungen und Verkürzungen von Zulassungsverfahren einen Verstoß gegen das Vorsorgeprinzip darstellen würden.

L'essentiel en bref

- Parmi les vaccins candidats contre le SRAS-CoV-2, il existe une part importante de vaccins génétiques (62 sur 132 = 47%), soit des vaccins basés sur la transduction d'acides nucléiques (ADN ou ARN) dans les cellules cibles humaines.
- Les vaccins génétiques peuvent présenter des risques pour la santé, tels que des réactions auto-immunes inflammatoires et (dans le cas de la plateforme ADN) l'activation d'oncogènes.
- L'auteur fait valoir que les simplifications et les raccourcissements des procédures d'autorisation enfreindraient le principe de précaution.

Literatur

- 1 Tobler K, Ackermann M und Fraefel C. Allgemeine Virologie, S. 330. Bern: UTB / Haupt Verlag; 2016.
- 2 Tobler K, Ackermann M und Fraefel C. Allgemeine Virologie, S. 97–107. Bern: UTB / Haupt Verlag; 2016.
- 3 Britneff B. No return to 'normality' until coronavirus vaccine is available, Trudeau says. Global News, 9.4.2020 → globalnews.ca. Letzter Aufruf: 29.4.2020.
- 4 Le TT, Andreatakis Z, Kumar A, Román R, Tollefsen, Saville M und Mayhew S. The COVID-19 vaccine development landscape. Nature Reviews: Drug Discovery. 2020. Letzter Aufruf: 29.4.2020.
- 5 World Health Organization, DRAFT landscape of COVID-19 candidate vaccines – 2. Juni 2020 → who.int. Letzter Aufruf: 8.6.2020.
- 6 Schmidt C. Genetic engineering could make a COVID-19 vaccine in months rather than years: candidates are speeding toward human trials. Scientific American, 29.4.2020 → scientificamerican.com. Letzter Aufruf: 30.4.2020.
- 7 Kelley A. Bill Gates sees RNA vaccines as best options for quick coronavirus treatment. The Hill, 1.5.2020 → thehill.com. Letzter Aufruf: 29.4.2020.
- 8 Gates B. The first modern pandemic: the scientific advances we need to stop COVID-19. Gates Notes, 23.4.2020 → gatesnotes.com. Letzter Aufruf: 30.4.2020.
- 9 Brey M. NDR-Podcast: Corona-Impfstoff: Virologe Drosten nennt zwei Möglichkeiten – «hoffnungsvolle Anfangsdaten». Merkur.de, 4.4.2020 → merkur.de. Letzter Aufruf: 29.4.2020.
- 10 Pagliarulo N. Inovio begins first human test of experimental coronavirus vaccine. Biopharma Dive, 7.4.2020 → biopharmadive.com. Letzter Aufruf: 29.4.2020.
- 11 Murphy K, Travers P und Walport M. Janeway Immunologie, 7. Auflage, S. 880. Berlin / Heidelberg: Springer / Spektrum; 2014.
- 12 Tobler K, Ackermann M und Fraefel C. Allgemeine Virologie, S. 263–5. Bern: UTB / Haupt Verlag; 2016.
- 13 Medjitna T, Stadler C, Bruckner L, Griot C und Ottinger H. DNA vaccines: safety aspect assessment and regulation. Developments of Biologicals. 2006;126:261–70 →.ncbi.nlm.nih.gov. Letzter Aufruf: 29.4.2020.
- 14 Schalk J, Mooi F, Berbers G, van Aerts L, Ovelgönne H und Kimman T. Preclinical and clinical safety studies on DNA vaccines. Human Vaccines. 2006;2(2):45–53 → iconicwoman.com. Letzter Aufruf: 29.4.2020.
- 15 Hobernik D und Bros M. DNA vaccines: how far from clinical use? International Journal of Molecular Sciences. 2018;9(11):3605 → ncbi.nlm.nih.gov. Letzter Aufruf: 29.4.2020.
- 16 Hasson S, Al-Busaidi J und Sallam T. The past, current, and future trends in DNA vaccine immunisations. Asian Pacific Journal of Tropical Biomedicine. 2015;5(5):344–53 → sciencedirect.com: Letzter Aufruf: 29.4.2020.
- 17 Ura T, Okuda K und Shimada M. Development in viral vector based vaccines. Vaccines. 2014;2(3):624–41 → ncbi.nlm.nih.gov. Letzter Aufruf: 29.4.2020.
- 18 Karberg S und Vogt R. Erste klinische Studie in Deutschland zugelassen. Der Tagesspiegel, 22.4.2020 → tagesspiegel.de. Letzter Aufruf: 29.4.2020.
- 19 Etherington D. First US clinical human trial of potential coronavirus vaccine set to start Monday. TechCrunch, 16.3.2020 → techcrunch.com. Letzter Aufruf: 29.4.2020.
- 20 McKee S. UK COVID-19 vaccine to begin human testing. Pharma Times, 22.4.2020 → pharmatimes.com. Letzter Aufruf: 29.4.2020.
- 21 Verbecq R, Lentacker I, De Schmedt S und Dewitte H. Three decades of messenger RNA vaccine development. NanoToday. 2019;28(100766) → sciencedirect.com. Letzter Aufruf: 30.4.2020.
- 22 Lurie N, Saville M, Hatchett R und Halton J. Perspective: Developing COVID-19 vaccines at pandemic speed. The New England Journal of Medicine. 2020 → nejm.org. Letzter Aufruf: 29.4.2020.
- 23 Bill Gates, englisches Originalzitat: «There will be a trade-off, we will have less safety testing than we typically would have». BBC Breakfast, 12.4.2020, ab 7 Min. 40 Sek. → youtube.com. Letzter Aufruf: 29.4.2020.
- 24 Gillmann B. SARS-Impfstoffe: Virologe Drosten: «Wir müssen Regularien für Impfstoffe ausser Kraft setzen». Handelsblatt, 19.3.2020 → handelsblatt.com. Letzter Aufruf: 29.4.2020.
- 25 Jiang S. Don't rush to deploy COVID-19 vaccines and drugs without sufficient safety guarantees. Nature, 16.3.2020 → nature.com. Letzter Aufruf: 29.4.2020.
- 26 Takano T, Yamada S, Doki T und Hohdatsu T. Pathogenesis of oral type one feline infectious peritonitis virus (FIPV) infection: antibody-dependent enhancement infection of cats with type I FIPV via the oral route. Journal of Veterinary Medical Science. 2019; 81(6):799–48 → jstage.jst.go.jp. Letzter Aufruf: 29.4.2020.
- 27 Newey S und Nuki P. Doubts over Oxford vaccine as it fails to stop coronavirus in animal trials. The Telegraph, 18.5.2020 → telegraph.co.uk. Letzter Aufruf: 8.6.2020.

cglatjarvay.info

Die Praxis der Zukunft

Potenziale von Lean Management in der Hausarztmedizin

Eva Hollenstein^a, Jeannine Marquard^b, Markus Steiner^c, Alfred Angerer^d

^a Wissenschaftliche Mitarbeiterin Fachstelle Management im Gesundheitswesen, Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie WIG, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW; ^b Key Account Managerin/Projektleiterin, Sanacare AG; ^c Dr. med., EMBA, Regionenleiter Stadt Zürich und Biel, Co-Leitender Arzt der Sanacare Gruppenpraxis Bern, Sanacare AG; ^d Prof. Dr., Leitung Fachstelle Management im Gesundheitswesen, Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie WIG, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW

Die komplexe Patientenbetreuung in Hausarztpraxen erfordert stetige Prozessoptimierungen. Eine etablierte Methode, nachhaltige Verbesserungen zu erzielen, ist Lean. Die Methode zur Effizienz- und Qualitätssteigerung hat mittlerweile im Spital Einzug gefunden, wird aber erst in wenigen Arztpraxen praktiziert [1]. Das Potenzial für den Einsatz von Lean insbesondere in Arztpraxen ist jedoch vorhanden: Studien zeigen, dass es auch in hausärztlichen Praxen viele Routinetätigkeiten gibt, deren Verbesserung und Standardisierung zu einem reibungsloseren und stressfreieren Praxisablauf beitragen [2].

«Die Praxis der Zukunft» – ein Pilotprojekt

Sanacare, seit vielen Jahren nach auf ISO-Normen basierenden Richtlinien zertifiziert, ist eine prozessorientierte Organisation mit einem kontinuierlichen Verbesserungsmanagement. In diesem Kontext hat Sanacare 2019 ein Lean-Pilotprojekt gestartet. Sämtliche der 13 Gruppenpraxen arbeiten mit einem elektronischen Patienteninformationssystem (elektronische Krankengeschichte). Im gemeinsamen Projekt «Praxis

der Zukunft» mit einem Team um Prof. Dr. Alfred Angerer der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) wurde untersucht, welche Potenziale Lean in hausärztlichen Gruppenpraxen besitzt und wie sich die Denkweise in der Sanacare AG umsetzen lässt.

Übergreifendes Ziel des Projekts ist die Befähigung der einzelnen Praxen zur dauerhaften Effizienzoptimierung der Praxisabläufe bei einer gleichbleibenden Behandlungsqualität und kontinuierlichen Verbesserung der Serviceleistungen gegenüber den Patientinnen und Patienten.

Das Projekt umfasste die Schulung und Sensibilisierung der Mitarbeitenden in den Methoden und Denkweisen des Lean Managements, Prozessanalysen in drei Pilotpraxen und die Ausarbeitung von Handlungsempfehlungen zur Umsetzung und Verankerung der Optimierungen.

Durch Tätigkeitsbeschreibungen, Patientenbefragungen und Vor-Ort-Beobachtungen konnten umfassende Aussagen zum Status quo der Abläufe in den drei Pilotpraxen getroffen werden. Tätigkeitsprotokolle geben beispielsweise Aufschluss darüber, welchen Aufgaben sich die Praxismitarbeitenden über den Tag hinweg annehmen und wann Belastungsspitzen entstehen. So können erste Doppelspurigkeiten und Verbesserungspotenziale identifiziert werden. Auch die Häufigkeit von Unterbrechungen, wie z.B. bei der Bestellung von Medikamenten, gibt wertvolle Hinweise auf Optimierungsbedarf. Zudem

Das Wichtigste in Kürze

- Lean (dt. schlank) Management ist eine Methode, die zur Effizienz- und Qualitätsverbesserung beitragen soll. In der Schweiz wird sie bisher vor allem in Spitälern angewandt.
- Ein Team der ZHAW untersuchte das Potenzial von Lean in Hausarztpraxen und wie sich die Denkweise im Praxisalltag umsetzen lässt.
- Das Ergebnis: 7+1 Verschwendungsarten wurden identifiziert und Lösungsvorschläge entwickelt. Obwohl das Optimierungspotenzial in Spitälern grösser ist, ist Lean in der Arztpraxis eine geeignete Methode zur kontinuierlichen Reflexion des Arbeitsalltags und zur professionellen Weiterentwicklung.

L'essentiel en bref

- Le Lean management est une méthode qui vise à améliorer l'efficacité et la qualité. En Suisse, il a jusqu'à présent surtout été appliqué dans les hôpitaux.
- Une équipe de la ZHAW a étudié le potentiel du Lean («allégé») dans les cabinets de médecins généralistes et comment cette philosophie peut y être mise en œuvre au quotidien.
- Résultat: 7+1 processus inefficaces ont été identifiés pour lesquels des solutions ont été proposées. Bien que les hôpitaux aient un potentiel d'optimisation plus grand, le Lean dans les cabinets est une méthode appropriée pour repenser la pratique médicale au quotidien et l'évolution de la profession.

wurden Daten zum Digitalisierungsgrad des Berichtswesens gesammelt, IT-Unterbrechungen dokumentiert und die Auslastung der Praxisräumlichkeiten erhoben. Vor-Ort-Beobachtungen durch Projektmitarbeitende ergänzten die Erhebungen und reduzieren die Gefahr verzerrter Daten, die sich aufgrund einer gewissen «Betriebsblindheit» ergeben können.

Prozessbeobachtung

Im Rahmen des Projektes wurden Erhebungen und Messungen in folgenden Bereichen durchgeführt:

Tätigkeitsprotokolle

- Welchen Anteil des Arbeitstages verbringt eine Medizinische Praxisassistentin (MPA) mit der direkten Patientenversorgung, Support-Tätigkeiten, Dokumentation/Administration und Koordination/Besprechung?
- Wie hoch ist der Anteil an «direkter Verschwendung» (z.B. Suchen, Rückfragen, Warten)?
- Wo findet sich Optimierungspotenzial in ausgewählten Prozessen (z.B. Administration, Laboruntersuchungen, Medikamentenbestellung)?

Berichteingang und Überweisungen

- Wie hoch ist der Digitalisierungsgrad ein- und ausgehender Berichte und Überweisungen?
- Wo treten Doppelspurigkeiten auf?

Unterbrechungen IT

- Wie häufig kommt es zu Arbeitsunterbrechungen durch IT-Störungen?
- Wodurch werden die Störungen verursacht und wie lange dauern sie?

Patientenkennzahlen

- Wie zufrieden sind die Patientinnen und Patienten mit der Wartezeit in der Praxis?
- Wie lange dauert es, bis die Patientinnen und Patienten ins Sprechzimmer gerufen werden?
- Wie kann die Wartezeit aus Patientensicht angenehmer gestaltet werden?

Raumauslastungen

- Wie hoch ist die Auslastung der Praxisräumlichkeiten und -geräte?
- Wann kommt es zu Belastungsspitzen?

Optimierungsschritte – methodisches Vorgehen

Basierend auf den in der Prozessbeobachtung gewonnenen Erkenntnissen wurden anhand eines gemeinsamen, moderierten Lean Workshops mit Ärzten und MPAs Optimierungsbereiche bezüglich ihres Potenzials diskutiert, priorisiert und Lösungsvorschläge entwickelt.

Bei der Erarbeitung von Lösungsvorschlägen gilt der Grundsatz, dass bereits kleine Schritte einen grossen Effekt erzielen können. Es ist dabei sicherzustellen, dass vorab ein konkretes Ziel benannt wird. Zudem sollten die Schritte zur Zielerreichung realistisch formuliert sein und unabhängig von technischen Lösungsansätzen und einem hohen finanziellen Ressourceneinsatz weiterverfolgt werden können.

Praxisbeispiel: optimierter Laborbestellprozess

Die Ausgangslage im Laborbestellprozess ist sehr komplex. Die Gruppenpraxen bestellten bei vier verschiedenen Lieferanten Reagenzien und Zubehör für die Laborgeräte in der Gruppenpraxis. Zudem waren nicht alle Geräte mit Barcodescannern zum Einscannen der Patienten-ID-Nummer ausgestattet, was die Zuordnung der Laborresultate im Praxisinformationssystem erschwerte. Aufgrund der Lean-Analyse und der Erkenntnisse im Laborbereich wurden folgende Veränderungen umgesetzt:

- Alle Laborgeräte sind nun mit einem Barcodescanner ausgestattet. Dies bewirkt eine Fehlervermeidung bei der Erfassung der Patienten-ID-Nummer und Effizienzgewinne durch Automatisierung, da keine manuelle Eingabe mehr notwendig ist.
- Die Point-of-Care-Gerätschaften (darunter wird eine patientennahe Sofortdiagnostik verstanden) wurden ausgetauscht, um die altersbedingten Störanfälligkeiten zu eliminieren. Dies sollte ca. alle fünf Jahre bei hochfrequentierten Praxislabors überprüft werden. Der Support bei Störungen wurde vertraglich geregelt.
- Sämtliche Reagenzien und Zubehörartikel im Laborbereich werden nun über einen Grossisten bestellt. Die Anzahl der Lieferanten konnte auf drei Zulieferer reduziert werden. Dies bietet folgende Vorteile: Es gibt nur eine Monatsrechnung für Labor-Reagenzien und -Zubehör, und die Standardisierung der Webshop-Favoritenliste für sämtliche Labor-Verbrauchsgüter sorgt für eine vereinfachte Bestellabwicklung. Ausserdem wurden die Schnelltests in sämtlichen Praxen vereinheitlicht.

Lean im Praxisalltag

Die Einführung einer Lean-Kultur erfordert die Schulung der Mitarbeitenden im Umgang mit den verschiedenen Werkzeugen und Methoden. Im Praxisalltag ist es durch die tägliche Routine anspruchsvoll, den Gedanken der kontinuierlichen Verbesserung aufrechtzuerhalten und zu erwarten, dass alle Mitarbeitenden ihre Aufgaben mit einer kritischen Grundhaltung erledigen und sich für die Problemlösungen mitverantwortlich fühlen. Um die nachhaltige Umsetzung im Praxisalltag zu erleichtern, können den Mitarbeitenden folgende konkrete Methoden vorgestellt werden:

- Kaizen Board: Sammlung von Verbesserungsvorschlägen auf einem Board oder einer Karte
- Kaizen Workshop: Workshops zur Ausarbeitung von Lösungsvorschlägen

- Kaizen Meetings: Ideen in Teammeetings/Qualitätszirkeln besprechen
- Huddle: Tägliche Meetings am Huddle Board für die Tagesbesprechung
- Lean-Verantwortliche/r: Moderiert und steuert die Umsetzung von Ideen. Initiiert neue Schritte und stellt sicher, dass die benötigten Ressourcen vorhanden sind

Es sollen alle Segmente von Mitarbeitenden einbezogen werden: Ärztinnen, Ärzte und MPAs, neue und langjährige Mitarbeitende etc. Dies einerseits zur Qualitätssicherung, andererseits, um sicherzustellen, dass alle Mitarbeitendengruppen später die Veränderungen mittragen. Zudem soll gewährleistet werden, dass Erfolge gemessen und praxisübergreifend kommuniziert werden. Nicht zuletzt kommt den Führungskräften bei einer Lean-Transformation eine tragende Rolle zu: Sie nehmen eine Vorbildfunktion ein und leben den Kaizen bzw. Lean-Gedanken selbst vor. Nur so kann ein echter Wandel der Unternehmenskultur langfristig gelingen.

Reflexion und Weiterentwicklung

Zahlreiche Publikationen bezeugen den erfolgreichen Einsatz von Lean in Spitälern. Erfahrungen und For-

schungsergebnisse aus der Primärversorgung sind jedoch bis dato rar. Erste Erfahrungen, die im Rahmen dieses Projektes gesammelt werden konnten, zeigen, dass der im Vergleich zum Spital geringere Komplexitätsgrad einer Arztpraxis dazu beiträgt, dass Workflow-Ineffizienzen leichter eliminierbar sind. Obgleich möglicherweise nicht das Optimierungspotenzial der Spitäler erwartet werden kann, ist Lean in der Arztpraxis eine geeignete Methode zur kontinuierlichen Reflexion des eigenen Arbeitsalltags und zur professionellen Weiterentwicklung. Die beschriebenen Schlüsselemente gilt es zu berücksichtigen, um eine erfolgreiche und nachhaltige Transformation zu gewährleisten.

Literatur

- 1 Bagattini MF. Lean Management – auch in der Arztpraxis von Vorteil! Schweiz. Ärzteztg. 2017;98(10):322–3.
- 2 Nowak T. Optimierungsmöglichkeiten einer Arztpraxis: Organisation, Mitarbeiterführung und Marketing. Hamburg: Diplomica Verlag; 2008.
- 3 Eigene Darstellung nach Angerer A, Brand T, Drews T, et al. LHT-BOK Lean Healthcare Transformation Body of Knowledge. Zürich: CreateSpace Independent Publishing Platform; 2018. Ehbets R. Lean Management: Verschwendungsfaktoren in der Arztpraxis. 18. Juli 2018, Mpa-community.ch. Endsley S, Magill MK, Godfrey MM. Creating a lean practice. Family Practice Management. 2006;13(4):34–8. Thill KD. Der einfache Weg zu perfekter Organisation in der Arztpraxis. Eine praktische Anleitung zur Selbstoptimierung mit Tipps von Ärzten für Ärzte. München: neobooks Self-Publishing; 2016.

Die 7 + 1 Verschwendungsarten in einer Arztpraxis [3]

- 1 Fehler und Korrekturen:**
Angefangene Tätigkeiten können nicht auf Anhieb vollständig erledigt werden. Verursacher sind Störungen, fehlendes Equipment oder mangelnde Informationen, welche die Fehlerquellen erhöhen. Der zusätzliche Aufwand, eine angefangene Tätigkeit zu beenden oder zu korrigieren, kann zu Qualitätsverlust führen.
- 2 Bestände und Vorräte:**
Bestände sind nicht zweckmässig dimensioniert und unübersichtlich gelagert. Grosse Lagerbestände (z.B. Medikamente oder Verbrauchsmaterialien) sind gebundenes Kapital. Hohe Lagerbestände sind aufwendiger (z.B. Verfallsdatumskontrolle) und unübersichtlicher zu bewirtschaften und stellen ein finanzielles Risiko bei Verfall dar. Lieferengpässe im Medikamentenbereich erfordern einen erhöhten Lagerbewirtschaftungsaufwand.
- 3 Bewegungen:**
Der ständige Wechsel von einer Tätigkeit zur anderen führt zu Fragmentierung. Je höher der Arbeitsdruck, desto grösser ist das Risiko, dass Aufgaben zwar angefangen, aber nicht abgeschlossen werden. Dies führt zu Kontrollen und Nachfragen.
- 4 Wartezeiten (auf Patienten, Informationen, Material und Entscheidungen):**
Wartezeiten sind immer unproduktive Zeiten für alle Beteiligten. Aus Patientensicht wirken sich lange Wartezeiten negativ auf die Zufriedenheit aus. Aus ökonomischer Sicht ist das Warten des Arztes oder der Ärztin kostspielig.
- 5 Überproduktion:**
Unnötige Tätigkeiten (z.B. Bearbeitung von Berichten in Papierform, obwohl diese bereits digital verfügbar sind).
- 6 Überbearbeitung:**
Unnötig umständlich durchgeführte Routinetätigkeiten.
- 7 Transport:**
Materialien oder Produkte werden zwischen den einzelnen Arbeitsorten und Prozessschritten transportiert, was zu unnötigen oder unnötig langen Transportwegen führt.
- 7+1 Nicht genutztes Mitarbeiterpotenzial:**
Mitarbeiterwissen, das der Praxis nicht zur Verfügung steht, da es nicht bekannt ist oder nicht abgefragt wird.

Eva Hollenstein
ZHAW School of Management and Law
Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie WIG
Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften
Gertrudstrasse 15
CH-8401 Winterthur
Tel. 058 934 76 57
eva.hollenstein[at]zhaw.ch

Dr. med. Markus Steiner,
EMBA
Sanacare AG
Gruppenpraxis Bern
Bubenberglplatz 10
CH-3011 Bern
Tel. 031 385 71 11
markus.steiner[at]sanacare.ch

Fettstoffwechsel steuert Gehirnentwicklung

Ein Enzym des Fettstoffwechsels steuert die Aktivität von Hirnstammzellen und die lebenslange Gehirnentwicklung. Funktioniert das Enzym nicht korrekt, schränkt dies die Lern- und Gedächtnisleistung bei Menschen und Mäusen ein, wie Forschende des Instituts für Hirnforschung der Universität Zürich ermittelt haben. Welche Mechanismen dafür verantwortlich sind, war bislang nur wenig

bekannt. Die Ergebnisse liefern den Beweis für den funktionellen Zusammenhang von Fettstoffwechsel, Stammzellaktivität und kognitiver Leistungsfähigkeit. Die Regulierung der Stammzellaktivität via Fettstoffwechsel könnte zu neuen Therapien von Hirnerkrankungen wie Morbus Parkinson oder Alzheimer führen.

(uzh.ch)

Du bisphénol dans l'urine des enfants

Des traces de plusieurs types de bisphénol ont été trouvées dans l'urine de 47% des enfants testés dans le cadre d'une étude suisse. Le bisphénol A a été détecté dans 7% des cas. D'autres perturbateurs endocriniens tels que les phtalates ont également été identifiés. Ce sont les premiers résultats de l'étude menée par le Département de Toxicologie et de Pharmacologie de l'Université de Lausanne, en collaboration avec un laboratoire lausannois, qui a examiné l'urine des couches de 108 enfants âgés de six mois à trois ans des cantons de Vaud, Fribourg et Tessin. Le plastique étant omniprésent, il est difficile d'attester avec certitude l'origine des substances trouvées. Le bisphénol A est interdit dans les biberons depuis 2017, mais pas dans les autres objets. Si les traces détectées ne représentent pas une quantité toxique, les chercheurs estiment que même à petites doses le bisphénol peut perturber le système hormonal et influencer sur le développement des enfants.

(RTS Info)



Les composants en plastique se retrouvent dans le corps humain – même chez les jeunes enfants. (image symbolique © Andrianocz | Dreamstime.com)

Gestresst in der Corona-Krise



Wenn die Eltern zusätzlich zur eigenen Arbeit auch noch den Unterricht der Kinder übernehmen müssen, bedeutet das für viele mehr Stress. (Symbolbild © Chernetskaya | Dreamstime.com)

Jeder Zweite fühlt sich seit Beginn der Krise gestresster als zuvor. Auch Depressionssymptome haben zugenommen: während die Häufigkeit einer depressiven Symptomatik vor der Corona-Krise 3,4 Prozent betrug, stieg dieser Wert im April auf 9,1 Prozent. Als Hauptgründe für den Negativtrend wurden die Veränderungen bei der Arbeit oder Ausbildung, das eingeschränkte Sozialleben sowie die Belastung durch die Kinderbetreuung genannt. Jedoch fühlen sich immerhin 26 Prozent der Befragten im Lockdown weniger gestresst als vorher. 24,4 Prozent gaben zudem an, bezüglich Stress keinen Unterschied zu spüren. Ausserdem konnten einige Verhaltensweisen ausgemacht werden, die sich positiv gegen die Belastung auswirken. Dazu zählen namentlich körperliche Betätigung wie Spazieren oder Joggen, die Pflege eines Hobbys oder die Aufnahme eines neuen Projekts. Es wird zudem geraten, den Konsum von Corona-News auf ein- oder zweimal pro Tag zu beschränken. Dies sind die Ergebnisse einer anonymen Online-Umfrage von Forschenden der Universität Basel zum Befinden der Schweizer Bevölkerung in der Corona-Krise. Diese ersten Erkenntnisse beziehen sich auf einen Zeitraum Anfang April. Rund 10 000 Personen haben sich bislang an der Umfrage beteiligt, die weiterhin unter www.coronas.tress.ch ausgefüllt werden kann.

(nzz.ch)

Cancer: coûts des médicaments souvent injustifiés

Une étude menée par des chercheurs zurichois et américains montre qu'il n'existe aucun rapport entre l'efficacité clinique des médicaments contre le cancer et leur prix. Elle a été publiée dans *The Lancet Oncology*. Pour ce faire, les scientifiques ont analysé les coûts de ces médicaments en Suisse, en Allemagne, en Angleterre, en France et aux Etats-Unis. Les prix de 65 nouveaux produits contre différents types de cancers et de leucémie ont été appliqués aux coûts de traitement mensuels d'un patient standard. L'équipe zurichoise a notamment pris en considération l'efficacité des préparations. Résultat: les coûts des médicaments sont souvent disproportionnés par rapport à leur efficacité. C'est aux Etats-Unis que les prix sont les plus élevés: un même médicament y coûte près du double qu'en Europe. Sur le Vieux Continent, la Grande-Bretagne est la plus chère, devant la Suisse et l'Allemagne. La France est le seul pays où une certaine corrélation coût-efficacité a été trouvée. Les chercheurs zurichois appellent les autorités suisses à davantage intégrer l'utilité d'un médicament dans les négociations des prix.

(tdg.ch)



Können richtig eingesetzt Leben retten: elektronische Armbanduhren. (Symbolbild © Kaspars Grinvalds | Dreamstime.com)

Smartwatch erkennt Durchblutungsstörungen

Mithilfe einer Apple Watch wurden bei einer Patientin schwere Herzdurchblutungsstörungen entdeckt. Elektronische Armbanduhren verschiedener Hersteller können bereits seit langem Elektrokardiogramme (EKGs) aufzeichnen und Warnungen bei unregelmässigem Herzrhythmus versenden. Dass aber auch Herzdurchblutungsstörungen erkannt werden können, hat nun ein Ärzteteam der Cardiopraxis Mainz sowie des Zentrums für Kardiologie der Universitätsmedizin Mainz herausgefunden. Ihre Entdeckung könnte dazu führen, dass weltweit Herzinfarkte verhindert werden.

(European Heart Journal)

Kunstaussstellung der Schweizer Ärzte / Salon des Médecins Suisses

Bernhard Weidmann

Dr. med., Präsident Kunstaussstellung der Schweizer Ärzte

Die Covid-19-Krise bewegt uns alle und brachte uns Verinnerlichung. Uns Künstlerinnen und Künstlern gibt sie teilweise auch Antrieb zu neuer Schaffenskraft. Noch nie zählte unsere Jahresausstellung 33 Ausstellende. Übers Jahr traten sieben Neumitglieder bei, darunter auch viele Romands, was uns besonders freut.



Kunstaussstellung der Schweizer Ärzte Salon des Médecins Suisses

33 Ausstellende

18. Juli – 8. August 2020 im Rathaus Murten

Ausstellung geöffnet Mi – So 14.00h – 17.00h (Eintritt frei)

Öffentliche Vernissage am 18. Juli 17.00h

Finissage am 8. August, Schlussakt um 16.00h

Allenfalls nötige Terminänderungen wegen Corona werden auf unserer Homepage unter www.aerzte-kunst.ch bekanntgegeben.



Sponsor: [boesner](http://boesner.ch)

Rückblick

Unser letztjähriger Gastredner Stefan Spahr hat in seiner Ansprache unseren Verein durchleuchtet und erläuterte auf vielfältige Art und Weise den Spruch «Kunst kann Leben retten», den er auf einer Rettungsweste im Museumsshop der Kunsthalle Hamburg entdeckt hatte. Er verglich ärztliches Handeln als Kunsthandwerk mit dem Handwerk der Kunst.

Abschliessend empfahl er, zuzugreifen, falls man seinen persönlichen «lebensrettenden» Kunstgegenstand finden sollte, und übergab uns die Rettungsweste als symbolisches Geschenk.

Ausblick

An unserer Jahresausstellung in Murten zeigen wir rund 140 käufliche Werke, Bilder mit verschiedenen Motiven in unterschiedlichen Techniken (Öl, Acryl, Aquarell, Kreide, Bleistift, Collage, Druck- und Mischtechnik, Fotografie) und Plastiken (Keramik, Papiermache, Metallguss, Klangobjekt) – kurz: alles, was das Herz begehrt. Neu legen wir auch Kunstkarten und Kunstdrucke der Ausstellenden zum Verkauf auf. Als Gastrednerin an der Vernissage haben wir Frau Meike Kohls, Grafikerin aus Hamburg, gewinnen können.

Statten Sie uns vom **18. Juli bis am 8. August** einen Besuch im **Rathaus** im sommerlich-schönen Städtchen Murten ab!

... und bis dahin hoffen wir alle, Corona sei uns gnädig. Terminänderungen würden wir auf unserer Homepage unter www.aerzte-kunst.ch (neu auch auf Französisch verfügbar) bekanntgeben.

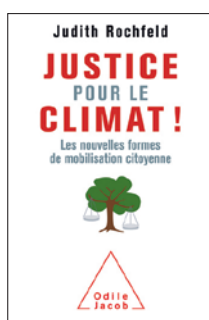
[ben.wei\[at\]bluewin.ch](mailto:ben.wei[at]bluewin.ch)

Mouvements sociétaux pro-climat et protection des «communs»

L'humain face à une révolution copernicienne

Jean Martin

Dr méd., membre de la rédaction



Judith Rochfeld
Justice pour le climat!
Les nouvelles formes de mobilisation citoyenne

Paris: Odile Jacob; 2019

Professeure de droit à la Sorbonne, à Paris, Judith Rochfeld publie un livre très bien renseigné et passionnant sur les dimensions juridiques de la problématique du climat et de la biodiversité. L'auteure en souligne bien l'enjeu: «L'humain souhaiterait pouvoir continuer à vivre comme avant. A la place il affronte une véritable révolution copernicienne: il redécouvre qu'il dépend d'entités naturelles autres, qu'il doit composer avec un monde qui évolue à l'inverse de la vision anthropocène.» L'ouvrage présente les démarches judiciaires lancées, d'abord contre des corporations polluées et pathogènes – notamment multinationales, plus récemment à l'endroit de gouvernements qui ne prennent pas de mesures suffisantes contre le dérèglement climatique. Certaines ont connu le succès, à l'image de la cause Urgenda aux Pays-Bas (pour la Suisse sont mentionnées les «Aînés pour la protection du climat»).

«L'humain redécouvre qu'il doit composer avec un monde qui évolue à l'inverse de la vision anthropocène.»

L'auteure se penche attentivement sur la notion de biens communs, ou simplement les «communs», ces dimensions de la biosphère qui devraient rester librement, équitablement et gratuitement accessibles à tous: air, eau, nature, etc. Ces choses qui en principe n'appartiennent à personne et dont nous avons tous besoin. Or on connaît les menaces de commercialisation privée que des évolutions actuelles font peser sur l'accès à l'eau. Il importe de vivement conscientiser société et autorités, d'inventer et formaliser des concepts et règles, voire des institutions, pour protéger les communs.

Judith Rochfeld avertit de la menace planant sur ces biens: «Nous vivons la fin des 'choses', au moins de celles qui ne peuvent plus être des marchandises avec ce statut uniforme pensé comme soutien du capitalisme.» Sont rappelées les récentes inscriptions consti-

tutionnelles dans plusieurs pays instituant des droits pour des entités naturelles, qui en font un nouveau type de «personnes» au sens de la loi: «Il s'agit de remettre en question cette grande dichotomie fondatrice sur laquelle nous sommes construits, celle de la Nature et/contre les humains.» Et de passer de l'anthropocentrisme au biocentrisme, à savoir donner la priorité à la vie de l'ensemble de l'écosystème.

«Les procès climatiques déclenchent la conscientisation des populations et des gouvernements.»

Aujourd'hui on s'intéresse à la collectivité, mais comme à une «bande de 'moi'»: un ensemble de personnes très individualistes, sans réaliser que la satisfaction de tous les besoins individuels est au détriment du bien commun. Importance d'une vision planétaire d'une part, et qui considère ceux qui nous suivent d'autre part.

L'ouvrage de Judith Rochfeld contient une substantielle liste, commentée, de procès climatiques. Est abordé le rôle des juges, mis en évidence récemment: «Les procès climatiques déclenchent la conscientisation des populations et des gouvernements; ils rencontrent parfois la compréhension et la volonté de juges décidés à prendre au sérieux l'urgence de la situation et d'y apporter des réponses en termes de contraintes et d'exigences; juges conscients, cependant, de souvent déborder des rives du cadre classique de la séparation des pouvoirs.» En Suisse, on pense au verdict du 13 janvier dernier du Tribunal de police de Lausanne, acquittant les jeunes militants ayant occupé une succursale d'une grande banque.

En conclusion, il y a lieu de reconsidérer la notion et le statut de ce que, de longue date, nous appelons choses et cesser de permettre que la faune, la flore, la nature – et le climat – soient livrés sans réflexion ni discernement à l'exploitation voire à l'anéantissement par l'humain. L'auteure se dit à cet égard favorable aux idées d'instituer une troisième Chambre des parlements: «Chambre du futur» ou «Assemblée du long terme».

jean.martin[at]saez.ch

By the London Post

Werner Bauer

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



Als Fellow in Seattle hatte ich die Gelegenheit, das *New England Journal of Medicine* regelmässig zu lesen, und ich versuchte immer, das neuste Heft in der Bibliothek möglichst schnell zu ergattern.

Gespannt war ich jeweils auch auf den neusten Artikel der von John Lister verfassten Serie «By the London Post», die von 1952 bis 1980 monatlich erschien. Darin berichtete er der amerikanischen sowie der internationalen Leserschaft von Entwicklungen und Vorgängen in England, welche die Medizin als Wissenschaft, aber auch den Arztberuf und das Gesundheitswesen betrafen. Treffend, sachlich, mit britischem *understatement* und Humor informierte er über Wichtiges und Merkwürdiges, Positives und Negatives, und er verstand es, anhand von Beispielen aus dem einen Land Anregungen, aber auch Kritik ins andere Land zu übermitteln – und zwar wechselseitig.

Er zitierte zum Beispiel einen ehemaligen Gesundheitsminister, Enoch Powell, mit der Erkenntnis, die auch uns heutigen Ärzten nicht fremd ist: «The borderland between profession and administration is also the borderland between two types of men in whom training and practice have promoted very different habits of thought.» Der Lösungsvorschlag aus Ministermunde tönt nach diplomatischem Achselzucken: «The boundary between the doctor and the politician should be easier to live with if the inherent problems and contrasts are recognized and understood.»

Vor über vierzig Jahren mahnte Lister, alles zu tun, was der jungen Ärztegeneration die notwendigen Kompetenzen vermittelt, gleichzeitig aber eine Überregulierung und Bürokratisierung der Weiterbildung nicht zuzulassen: «The postgraduate education of young graduates is becoming increasingly complex. Certainly, there was a need to improve the training programs both for specialists and for general practitioners, but there now seems to be a danger that these programs may become too rigid. Indeed, a whole new bureaucracy of postgraduate medical education has grown up that generates an increasing number of reports and recommendations.» Ich bin einigermassen zuversichtlich, dass er uns bei einem Blick in die Schweiz heute zubilligen würde, dass wir seine Warnung bestmöglich beherzigen, aber vermutlich würde er sagen: Wehret den Anfängen!

Warum aber erinnere ich mich beim Schreiben dieses «Zu guter Letzt» an die alte London Post, die nicht

mehr im Postsack über den Atlantik reist? Ich durchblättere hie und da das *British Medical Journal* und entdecke immer wieder Artikel, die auch im Hinblick auf offene Fragen bei uns ausgesprochen originell, interessant und anregend sind.

Das Editorial der Ausgabe vom 18. Januar trug den Titel «Generalism for specialists: a medical reformation» und weckte meine Aufmerksamkeit auch deswegen, weil ja auch hierzulande immer und immer wieder – eigentlich ziemlich ergebnisarm – über die Notwendigkeit und die Problematik der Spezialisierung, der Subspezialisierung und sogar einer Subsubspezialisierung diskutiert und dabei auch immer wieder – leider erst recht ergebnisarm – das hohe Lied der Generalisten gesungen wird.

Es darf keinesfalls darum gehen, Spezialisten gegen Grundversorger auszuspielen – wir brauchen sie alle. Unbestritten ist, dass zur Durchführung bestimmter anspruchsvoller Interventionen ein Sub- oder sogar Subsubspezialist die geeignetste Person ist. Diese eignet sich auf höchstem Niveau gezielt die Kompetenzen für spezielle Eingriffe oder Techniken an und bewahrt sie, ohne aber selbst die Indikation zu stellen und in die Gesamtbetreuung der Patienten einbezogen zu sein. Was nun aber eine Gruppe leitender englischer Ärzte gemeinsam anregt, ist nicht völlig neu, wurde aber in letzter Zeit kaum als Lösungsansatz diskutiert: «We need to combine generalist and specialist skills.»

Mit Blick auf die zunehmende Multimorbidität beleben die Autoren die Diskussion zur Frage, inwieweit eben auch Spezialisten auf einer generalistischen Grundlage aufbauen müssten: «It is possible and desirable to have both a specialist and a generalist skill set; a specialist without generalist skills will be ill equipped to deal with many of their patients. Osler's aphorism, 'Care more particularly for the individual patient than for the especial features of the disease' is increasingly important. The pattern of health and disease in our population is changing, and as a profession we must respond.»

Dieser Artikel erinnert mich daran, wie interessant und nützlich es ist, hie und da Post aus London oder von sonst wo zu öffnen. Auch wenn die Probleme und möglichen Wege nicht identisch sind, sehen wir doch immer wieder, dass wir viele Herausforderungen mit anderen teilen und dass es Sinn macht, sich in der Welt nach guten Ideen umzusehen.

werner.bauer[at]saez.ch



„Und nach einer kleinen Zigarettenpause machen wir dann mit dem Vortrag weiter...“