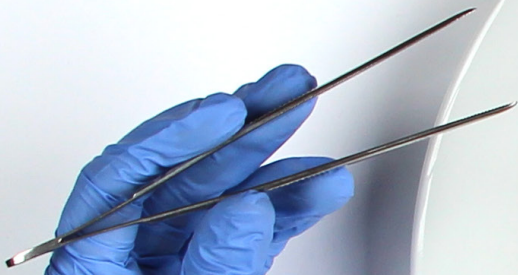


DER ZINER

September 2020 N° 15

Was steht hinter Medi?

Missbrauch in der Medizin



Heiligt der Zweck die Mittel?

medica

MEDIZINISCHE LABORATORIEN Dr. F. KAEPELI AG

Ihnen zuliebe wählt Ihr Arzt das beste Labor



medica

MEDIZINISCHE LABORATORIEN Dr. F. KAEPELI AG

Wolfbachstrasse 17, Postfach, 8024 Zürich

Telefon 044 269 99 99, Telefax 044 269 99 09

info@medica.ch www.medica.ch

Editorial	4
Wenn Kinder misshandelt werden Einsichten in den Alltag der Kinderschutzgruppe	6
Doktor, bitte mach mich heterosexuell Wenn weisse Kittel Regenbögen vertreiben sollen	8
Der Pseudo-Psychiater	11
Misshandlung im Gesetz	10
Eidbrecher	12
Jetzt reicht's! Vom Qual- zum Wahlstudienjahr	15
Zwang in der Psychiatrie Gibt es Alternativen?	19
Warum <i>nicht</i> Medizin	23

24	Wimmelbild
26	Im Gespräch Dr. Abraham Licht
31	Top oder Flop? Drei Jahre Medizin an der ETH
34	Um uns herum Der Bestatter
38	Coronakrise Eine Stippvisite im Auge des Sturms
40	Homo politicus Who cares? Wer bezahlt Pflege?
42	Kulturcafé Le Plafond
43	Leben im Semester Das Laryngoskop
46	Fachvereine Vor dem Blinzeln die Welt verändern
48	Medizingeschichte Spanische Grippe - Maladie onze
51	Finde den Fehler
52	Stethoskop Welcher medizinische Stern bestimmt deine Woche?
53	Kreuzworträtsel

Eine kleine Entstehungsgeschichte
unseres Titels.
Pinzette und Skalpell müssen fürs
Spaghetti-Essen hinhalten.
Ein „Missbrauch“ also,
von medizinischem Werkzeug.



Was steht hinter Medi?

Ja, was eigentlich? Ist es das selbstlose Einstehen für das Wohl anderer? Neugierde und Wissensdurst oder doch eher der wehende Kittel im Rücken? Sind es die Menschenleben, die man rettet, oder die Opfer, die man bringt? Ist es der Applaus zu Corona-Zeiten oder die schlechten Arbeitsbedingungen? Der Seelenfrieden oder das Burnout?

So deprimierend der Titel dieser Ausgabe auch klingen mag, so wichtig ist er aber. Die Abgründe der Medizin sind genauso Teil davon wie die Höhenflüge. Im Studium ist die Welt oft noch einfach. Habgier spielt sowieso keine Rolle, von Eigennutz darf keine Rede sein und Statussymbole sind nicht von Belang. Doch je weiter man im Studium voranschreitet und mit dem realen Leben konfrontiert wird, desto mehr Risse bilden sich im Schutzschild unserer Naivität. Spätestens das Wahlstudienjahr öffnet den meisten Studierenden die Augen, was nach dem Abschluss auf sie zukommen wird.

In dieser Ausgabe reden wir über Missbrauch, sei es von Macht, Vertrauen oder Hilflosigkeit. Wir erzählen von Überforderung, Ausbeutung und Betrug. Ihr werdet Texte lesen über schwierige Situationen im Wahlstudienjahr, über Eidbruch, über vermeintliche Heilung der Homosexualität, über die Behandlung gegen den Patientenwillen oder über Kindesmissbrauch. Das sind keine einfachen Texte. Da sind Geschichten dabei, die würde man am liebsten wieder vergessen. Und genau deshalb wollen wir ihnen Gehör verschaffen. Diese Geschichten, so unangenehm sie auch sein mögen, sind Teil unseres Studiums, unseres Berufs, unseres Lebens.

Nur wenn wir lernen, den Missbrauch wahrzunehmen, das Wissen über das Leid zu ertragen und uns weigern es zu akzeptieren, können wir diese Geschichten eines Tages vielleicht umschreiben.

Ich wünsche eine spannende Lektüre,
Dmitrij Marchukov, Redaktionsleiter





Illustration: Gioia Epprecht

Die folgenden Seiten erzählen von
Missbrauch in der Medizin.
Körperlich, seelisch, bildlich, wörtlich,
arbeitsrechtlich, systematisch.
Es sind Seiten, vor denen man am liebsten
die Augen verschliessen würde. Traust du
dich, trotzdem hinzuschauen?



Wenn Kinder misshandelt werden

Einsichten in den Alltag der Kinderschutzgruppe

„Malena war fünf Jahre alt, als die Sanitäter mit ihr durch die Stadt rasten. Sie starb, kaum dass die Angestellten der Notfallstation sie in ihre Fürsorge genommen hatten. Tod durch Hirnblutung und Atemstillstand, hiess es hinterher in den Akten, so nüchtern, dass man denken konnte, hier wolle jemand dem Ereignis mit Distanz den Schrecken nehmen. Es waren die Eltern, die die Ambulanz gerufen hatten. Aber sie waren es auch, die das Mädchen so zugerichtet hatten. Über Jahre hinweg hatten sie es geschlagen, wenn es nicht gehorcht hatte, und ihm das Essen verweigert, wenn es in die Hose gemacht hatte. Erst als es bewusstlos am Boden lag, der ausgemergelte Körper voller blauer Flecken, liessen sie von ihm ab. Sie waren Täter, und jetzt wollten sie Helfer sein. Doch da hatte Malena bereits all ihre Kraft aufgezehrt, all die Energie, die ein Kind freizusetzen vermag.“

(Das Magazin, Nr. 41, 14.10.2017)

So steht es als Fallvignette im „Magazin“, das 2017 einen achtseitigen Bericht über die Kinderschutzgruppe Zürich publiziert hatte. Was hier niedergeschrieben wurde, steht stellvertretend für die vielen traurigen Missbrauchsschicksale, die Kindern weltweit widerfahren. Diese Fälle zu erkennen und den betroffenen Kindern zur Seite zu stehen, ist Aufgabe der Kinderschutzgruppe des Universitäts-Kinderspitals Zürich. 544 Verdachtsfälle beschäftigten das Team im Jahr 2019. 544 Kinder. 544 Mütter, 544 Väter. 544 Geschichten von Gewalt, Vernachlässigung, Überforderung.

Zwei Drittel aller Missbrauchsfälle werden durch externe Personen erkannt, Hausärztinnen und -ärzte, Lehrpersonen und auch die Polizei spielen hier eine grosse Rolle. Ein Drittel der Fälle wird erst im Spital festgestellt. Georg Staubli ist Chefarzt der Notfallstation des Kinderspitals Zürich und Leiter der Kinderschutzgruppe. Er kennt die Abläufe nur zu gut, die eingeleitet werden wenn sich Eltern seltsam

verhalten, Verletzungen auffällig erscheinen oder Kinder spezielle Verhaltensmuster zeigen. Ein Mitglied der Kinderschutzgruppe wird dann zum Behandlungsteam hinzugezogen. Gemeinsam wird entschieden, was das beste Vorgehen ist. In einem sogenannten „Konfrontationsgespräch“ werden die Eltern anschliessend auf den Verdacht angesprochen und die Mitglieder der Kinderschutzgruppe geben sich als solche zu erkennen. „Eine verdeckte Ermittlung wollen, können und dürfen wir nicht machen.“ sagt Georg Staubli. Der entscheidende Punkt für ein Einschreiten sei, ob „eine rote Linie übertreten wird, das Kind also akut gefährdet ist.“

Man unterscheidet fünf Formen von Kindesmissbrauch: körperliche Misshandlung, psychische Misshandlung, sexuelle Ausbeutung, Vernachlässigung und Münchhausen-Stellvertreter Syndrom. Im Jahr 2019 zeigte sich jeweils ein Drittel aller gemeldeten Misshandlungsformen als körperlicher sowie sexueller Missbrauch und rund 20% als psy-

chische Misshandlung. Das Münchhausen-Stellvertreter-syndrom beschreibt Eltern, die Krankheiten bei ihren Kindern erfinden, übersteigern oder selbst verursachen und medizinische Behandlungen dafür verlangen. Es ist glücklicherweise sehr selten. Auch gewisse Überzeugungen der Eltern lassen die Mitglieder der Kinderschutzgruppe aufhorchen. Hier ist wieder die rote Linie entscheidend. Georg Staubli meint, dass beispielsweise bei der Masernimpfung die Wahrscheinlichkeit verschwindend klein sei, dass ein ungeimpftes Kind tatsächlich an Masern erkrankt, da ein so hoher Anteil der Bevölkerung geimpft ist. Der Eingriff in die Entscheidungsfreiheit der Eltern durch eine Zwangseinschreitung wäre hingegen massiv. Anders sieht es bei einer Mangelernährung aus. „Wir hatten ein Kind auf dem Notfall, ca. fünf Monate alt, mit einer Anämie und Muskelhypotonie. Wir erfuhren, dass die Mutter ausschliesslich stillte und sich selber seit Jahren vegan ernährte. Ein Vitamin B12-Mangel beim Kind war bekannt, dennoch wurde nicht supplementiert. Da war es für uns klar, dass das Kind eine Schädigung davontragen würde, also intervenierten wir.“

„Als die Rettungssanitäter im Februar 2010 bei Familie Huber eintrafen, war Jonas bereits bewusstlos, sein Herzkreislauf-System zusammengebrochen. Ein paar Minuten später – und der 7-jährige wäre wohl gestorben. Die Eltern hatten Jonas über Jahre vegan ernährt. Und sie hatten es unterlassen, ihn zu impfen. Er erkrankte daraufhin an Diphtherie. Selbst als er kaum mehr atmen konnte und die Nahrung verweigerte, handelten die Eltern nicht. Ebenso wenig stutzig machte sie der Umstand, dass Jonas nur noch auf dem Rücken liegen konnte; seine Beweglichkeit war massiv eingeschränkt. Erst als seine Atmung ganz aussetzte, alarmierten die Eltern den Notruf. Im Mai dieses Jahres wurde das Paar wegen Körperverletzung zu 23 Monaten Gefängnis bedingt verurteilt. Laut dem „St. Galler Tagblatt“ ist die vollständige Genesung des Kindes unwahrscheinlich. Seine vegane Ernährung hat zu teils irreparablen Schäden des Nervensystems, der Sinnesorgane, der Muskeln und der Knochen geführt.“

(Tages-Anzeiger, 7.11.2011)

Die Kinderschutzgruppe selbst hat keine rechtlichen Kompetenzen, sie kann also keine Massnahmen sprechen. Einzig die Möglichkeit einer Gefährdungsmeldung an die Kinder- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) oder einer Strafanzeige steht ihren Mitgliedern offen, genau wie allen anderen Personen auch. Dennoch hat die Kinderschutzgruppe Wege gefunden, um Forderungen an renitente Eltern stellen zu können. „Schauen Sie, wir erwarten, dass Sie sich an unsere Abmachungen halten und werden beim Kinderarzt nachfragen, ob Sie in die wöchentliche Kontrolle gehen“ hat Georg Staubli schon manchen Eltern klar gemacht. „Wenn die Eltern dann erwidern, dass dies nicht in unserer Kompetenz liege, antworten wir meist dass sie damit sehr wohl recht hätten. Wenn sie sich allerdings nicht an die Abmachungen hielten, würden wir eine Gefährdungsmeldung an die Behörde schicken, welche ihrerseits dann Abklärungen macht und Massnahmen spricht.“ Die Kinderschutzgruppe kann insofern Druck ausüben, ohne rechtliche Kompetenzen zu haben. Sie verfährt mit den Eltern einvernehmlich, solange diese kooperieren. Falls dies nicht so ist, geben sie den Fall an die Behörde weiter.

Bei jedem Verdacht auf Misshandlung müssen alle medizinischen Ursachen ausgeschlossen werden. Wenn also ein Kind mit Verdacht auf Schütteltrauma in den Notfall gebracht wird, muss zuerst ausgeschlossen werden, ob das Kind beispielsweise eine Blutungsstörung, eine Stoffwechselerkrankung oder eine erhöhte Knochenbrüchigkeit aufweist. Erst wenn alle medizinischen Erklärungen überprüft worden sind, darf die Aussage gemacht werden, dass das Kind geschüttelt worden sein könnte. Die „Diagnose“ Kindesmissbrauch ist also stets eine Ausschlussdiagnose.

Die Kinderschutzgruppe ist mit ihren elf Mitgliederinnen und Mitglieder interdisziplinär aufgestellt. Neben den Notfallärztinnen und -ärzten sind auch eine Chirurgin, eine Gynäkologin und eine Psychiaterin vertreten. Sozialarbeitende, ein Mitglied der Pflege sowie ein Vertreter aus der Kinderrehabilitation sind ebenfalls Teil des Teams. Diese vielfältige Zusammensetzung sei nicht nur für die Fachexpertise enorm wichtig, meint

„Marco, 13 Jahre alt, leidet an einem bösartigen Weichteiltumor. Es wurden mehrere Chemotherapien durchgeführt sowie Bestrahlungen. Um den verbleibenden Tumor zu entfernen, ist eine Operation geplant. Diese lehnen die Eltern und der Jugendliche ab. Die Eltern sind informiert, dass mit der Durchführung der Chemotherapie, der Radiotherapie und der Operation eine Heilungschance von ca. 70% besteht. Die Operation birgt aber das Risiko, dass der Nerv, falls dieser bereits vom Tumor befallen ist, entfernt werden müsste und deshalb im schlimmsten Fall eine Amputation drohen könnte. Aus medizinischer Sicht ist die Operation am erfolgversprechendsten, wenn sie unmittelbar nach der Bestrahlung durchgeführt werden könnte. Die Eltern wie auch der Jugendliche lehnen die Operation ab mit der Begründung, dass sie vor der Operation noch alternative Therapiemethoden ausprobieren möchten. Der Jugendliche muss ein Jahr später notfallmässig hospitalisiert werden wegen eines Bruchs des vom Tumor befallenen Körperteils. Die weiteren Untersuchungen zeigen, dass der ursprüngliche Tumor wieder gewachsen ist und zur Zerstörung des Knochens des befallenen Organs geführt hat. Zudem ergeben weiterführende Abklärungen, dass sich im Körper Knötchen gebildet haben, die auf Metastasen hindeuten.“

Die Eltern wie auch der Jugendliche lehnen sämtliche Therapieangebote ab.“

(Jahresbericht KSG 2017)

Georg Staubli. „Im Team haben wir Frauen und Männer, Junge und Ältere, Verheirate und Unverheiratete, Kinderlose und solche mit Kindern. Um herauszufinden, was *normal* ist, ist es entscheidend Menschen mit verschiedenen Lebenseinstellungen und Perspektiven an Bord zu haben. Wenn beispielsweise ein Kind vorstellig wird, das aus dem dritten Stock gefallen ist während die Mutter in der Waschküche war, mögen einige im Team das Verhalten der Mutter verantwortungslos finden. Andere wiederum sagen, sie hätten es auch schon so gemacht.“

Bigna Hut

Doktor, bitte mach mich heterosexuell

Wenn weisse Kittel Regenbögen vertreiben sollen

Mehr bewegen, viel Gemüse essen, nicht rauchen und sich an der Sonne genügend eincremen: Unsere Gesundheit ist uns wichtig. Doch was, wenn das Umfeld die eigene sexuelle Orientierung für ungesund hält?

In akademischen Kreisen ist man sich einig: Homosexualität ist keine Krankheit. Sie ist eine ebenso gesunde Sexualität wie Heterosexualität oder andere Formen der Sexualität. Gerade aber in religiösen Kreisen ist dieser Konsens nicht immer gegeben: Dort gilt Homosexualität zuweilen als psychische Krankheit, Entwicklungsstörung oder Symptom einer tieferliegenden, körperlichen Störung. So gibt es religiöse Jugendliche und Erwachsene, die sich durch sogenannte Konversionsverfahren bei ÄrztInnen, PsychologInnen oder SeelsorgerInnen erhoffen, ihre Homosexualität zu heilen und eine vermeintlich normale, gesunde Sexualität zu erlangen. Diese Therapien und der Druck, sich selbst zu ändern, löst bei vielen Betroffenen eine innere Zerrissenheit zwischen der eigenen Sexualität und dem religiösen Glauben aus. Nicht selten werden Betroffene aus Glaubensgemeinschaften ausgeschlossen oder zu Konversionsversuchen gedrängt. Diese Inakzeptanz der eigenen Persönlichkeit ist psychisch belastend.

„Du darfst bei einem Mann nicht so liegen wie bei einer Frau. Es ist eine Abscheulichkeit“, steht in der Bibel, 3. Mose 18:22. Auf solche Bibelstellen stützen sich vor allem Freikirchen, um eine homosexuelle Lebensweise als minderwertig zu taxieren. Ihnen zufolge sei Homosexualität kein Bestandteil der Persönlichkeit, sondern ein Symptom eines tieferliegenden, therapiebedürftigen Problems. Ursache, verkünden selbsternannte Heiler, sei eine Unzu-

friedenheit mit sich selbst, oder Vernachlässigung und Traumata in der Kindheit. Sogar Infektionskrankheiten von Vorfahren, wie beispielsweise Syphilis sollen Homosexualität auslösen können. „Geheilt“ wird mit unterschiedlichsten Therapieansätzen, je nach Vorliebe und Ausbildung des Behandelnden: Homöopathie, Entgiftungen, Biografie-Arbeit und Suche nach vermeintlichen Ursachen in der Kindheit. Und natürlich viel beten. Heilsam für homosexuelle Männer sei zudem, viele „männliche“ Dinge zu tun, also Fussball zu spielen und handwerklich tätig zu sein. Ebenso sei das, was man am gleichgeschlechtlichen Partner möge, was am eigenen Charakter fehle. Daran müsse man arbeiten.

Problematisch ist jedoch nicht die sexuelle Orientierung der Betroffenen. Problematisch ist, dass es Menschen gibt, die deren Homosexualität als minderwertige Lebensform erachten. Auch heute noch. Auch in der Schweiz. Homophobe Menschen deklarieren das, was ihnen an anderen Menschen nicht passt, als Krankheit und versuchen im Namen der Religion diese unliebsame Lebensweise auszumerzen. Die Medizin wird hier missbraucht, um die eigenen Werte als gesund, sowie andere Lebensformen als pathologisch zu kategorisieren. Werden Therapien von Psychologen oder Ärzten durchgeführt, können sie relativ einfach über Krankenkassen abgerechnet werden. Im ICD-10 sind ichdystone Sexualorientierungen definiert, bei denen Betroffene zwar eine eindeutige sexuelle Orientierung haben, sich aber aufgrund von vorangehenden Verhaltens- oder psychischen Störungen wünschen, dass diese Orientierung anders wäre.

Diese ICD-10-Klassifikation ist ein praktischer Deckmantel für religiös motivierte Konversionsverfahren. Ein Missbrauch also sowohl des Gesundheitssystems, sowie auch der therapeutischen Qualifikation.

Die Konversionstherapeuten sind sich durchaus bewusst, dass ihre Überzeugungen von der modernen Gesellschaft als antiquiert betrachtet werden. Deshalb betonen sie immer wieder, wie wichtig die freie Entscheidung sei, ob man weiterhin mit der Last der Homosexualität leben möchte. De facto drängen religiöse Familien und Angehörige Jugendliche jedoch direkt zu einer Behandlung. Und auch wenn Jugendliche sich vermeintlich freiwillig therapieren lassen möchten, dann geschieht das aus Scham und unter enormem sozialen Druck. Es muss massive Auswirkungen auf die Psyche junger Menschen haben, wenn ihnen in der eigenen Glaubensgemeinschaft immer wieder gesagt wird, dass die verspürte Sexualität von Gott nicht gewollt sei.

Wissenschaftlich ist bewiesen, dass die sexuelle Orientierung durch Konversionsverfahren nicht verändert wird, sie aber lebensgefährliche Nebenwirkungen mit sich bringen. Durch das Gefühl, in der Umpolungs-Therapie versagt zu haben, entstehen gerade bei Jugendlichen gehäuft Depressionen, Angststörungen, Verlust der Liebes- und Beziehungsfähigkeit und deutlich mehr Suizidgedanken. Es besteht ausserdem unter homo- oder bisexuellen Jugendlichen eine erhöhte Suizidrate. Das wurde in diversen Studien gezeigt und auf die erlebte Diskriminierung zurückgeführt. Ist man in einem streng religiösen Umfeld aufgewachsen, dann bekommt man vielleicht gelehrt und glaubt auch



Illustration: Catrina Pedrett

selbst, dass Homosexualität eine Sünde und von Gott nicht gewünscht sei. Betroffene berichten, dass die lange Auseinandersetzung und die Gebetsversuche, um seine Sexualität zu ändern, die eigene religiöse Meinung versteife. Das sagt auch Bastian Melcher in einem Interview mit dem Radiosender SWR1. Melcher ist ein junger, homosexueller Mann, aufgewachsen in einer evangelischen Freikirche. Er hat als Jugendlicher während acht Jahren verschiedene Gruppen- und Einzeltherapien und sogar ein Exorzismus-Ritual durchlaufen, in der Hoffnung seine Homosexualität loszuwerden: „Es war mein Glaube, dass es Dämonen in mir waren, die meine homosexuellen Gefühle auslösten. Mir wurde ständig gesagt, dass ich gut sei, denn Gott habe mich ja geschaffen. Nur dieser Teil von mir sei schlecht. Ich habe mich oft gefragt, warum Gott mich mit dieser Sexualität geschaffen hat. Denn scheinbar war ich ja doch nicht gut, so wie ich bin. Jeder misslungene Therapieversuch war dann offenbar meine Schuld, da ich die Therapie zu wenig gewollt hätte.“ Jugendliche werden durch diese Praxis einem immensen Druck ausgesetzt.

Die Schweiz ist bezüglich Konversionsverfahren kein unbeschriebenes Blatt: Zwar führten gesetzliche

Änderungen hierzulande dazu, dass Konversionstherapeuten von der offiziellen Bildfläche verschwunden sind. Darum müssen Therapien als Beratungsgespräche getarnt oder von selbsternannten Heilern durchgeführt werden. Denn 2016 hat der Bundesrat darauf aufmerksam gemacht, dass die Berufspflicht von Psychologen und Medizinerinnen durch Pseudo-Therapien verletzt werde und sie durch den therapeutischen Machtmissbrauch ihre Arbeitslizenz verlieren können. In Deutschland bieten christliche Ärzteverbände hingegen auch heute noch öffentlich Therapien für die „Krankheit Homosexualität“ an. Es gibt hierzulande kein explizites Verbot der Konversionstherapie. Aber das Anbieten von Konversionsverfahren kann gesetzlich bestraft werden, seitdem die Schweizer Bevölkerung vergangenen Februar das Antirassismugesetz ausgeweitet hat. Sogar Aussagen, dass Homosexualität keine akzeptable Lebensform oder krankhaft sei, können je nach Auslegung des Gesetzes sanktioniert werden. Ein klares Verbot wäre trotzdem noch nötig, da so ein Zeichen gesetzt würde. Denn man möchte die Implikation vermeiden, dass Homosexualität eine therapierwürdige Krankheit sei.

Trotz des Verbots finden sich zahlreiche Artikel und Aussagen, die

Homosexualität deutlich als Krankheit deklarieren. Mittlerweile meiden christliche Ärzteverbände das Thema der Homosexualität, doch man muss die Uhr nur wenige Jahre zurückdrehen und öffentliche Aussagen gegen das freie Ausleben der Homosexualität waren keine Rarität unter christlichen ÄrztInnen.

Was heutzutage im Namen der Medizin hinter den Türen von christlichen Arztpraxen möglicherweise passiert, können wir nicht nachverfolgen. Heute hört man deutlich weniger homophobe Aussagen der christlichen Verbände, aber ob die Mitglieder ihre Meinung geändert haben oder bloss nicht mehr öffentlich aussprechen, darüber kann man nur spekulieren.

Auf der Schweizer Internetseite von Wuestenstrom ist der Begriff der Konversionstherapie prominent sichtbar. Wuestenstrom mischt hier in einer rechtlichen Grauzone und mogelt trickreich mit Aussagen, dass Homosexualität keine Krankheit, aber Ausdruck einer anderen ursächlichen Störung sei. Dabei werden Publikationen von SexualwissenschaftlerInnen und Gender-ForscherInnen zitiert. Diese Wissenschaften sind sich einig, dass Homo- und Heterosexualität viel mehr ein fluides Spektrum, als starre Dualität sind. Wuestenstrom folgert aus diesen Erkenntnissen, dass sich Individuen

ihre sexuelle Orientierung aussuchen und umpolen können. Sie behaupten, unsere Gesellschaft und Gesetz würden die Wissenschaft verleugnen, da wir von einer angeborenen, nicht frei wählbaren sexuellen Orientierung ausgehen, obwohl man ein Sexualorientierungs-Gen wissenschaftlich ausschliessen kann. Wuestenstrom äussert sich empört darüber, wie früh junge Menschen heutzutage gezwungen würden, ihre Homo- oder Heterosexualität festzulegen. Dadurch reduziere man Menschen auf ihre Sexualität. Junge Menschen müsse man davor schützen und deswegen sei ihr Beratungs-Angebot gerechtfertigt. Es ist grotesk wie der Verein Wuestenstrom die Aussagen der Wissenschaft zum knorrigen Gegenteil verdreht.

Fadenscheinige Beratungen als „Selbstfindung“ oder als Heilung eines tieferliegenden Problems zu verkaufen, ist problematisch. Warum ist die Konversionstherapie dann in der Schweiz noch nicht verboten? Fragt sich, warum man etwas verbieten soll, für das Betroffene sich selbst entscheiden und zumindest vordergründig „freiwillig“ hinge-

hen? Das Aufspüren solcher Angebote könnte schwierig sein, weshalb fraglich ist, ob ein Verbot überhaupt positive Auswirkungen hätte.

Andererseits sind Konversionsverfahren nicht nur diskriminierend, sie können grossen Schaden anrichten. Dass solche Beratungen nach wie vor existieren, ist alarmierend.

BDP-Nationalrätin Rosmarie Quadranti hat sowohl 2016 als auch 2019 eine Motion eingereicht, Konversionsverfahren in der Schweiz zu verbieten. Ihr sei bewusst, dass man verborgen stattfindende Therapien dadurch nicht verhindern könne. Im Gespräch mit der NZZ erläutert sie den Nutzen des Verbots: „Es wäre ein wichtiges Signal an die Eltern homosexueller Jugendlicher, die oft die treibenden Kräfte für eine Therapie sind. Der Staat würde klarmachen, dass er solche Sachen nicht akzeptiert – und gerade in freikirchlichen Kreisen ist das Übertreten von Regeln verpönt.“ Mit einem Verbot erhielten die Behörden den Auftrag, solche Machenschaften zu untersuchen. Ausserdem würde ermöglicht, Sanktionen zu ergreifen. Der

Bundesrat erklärte im Sommer 2019, dass es schwierig sei, das Verbot von Konversionsverfahren gesetzlich zu verankern. Dies vor allem bei selbsternannten Heilern, die keiner Berufspflicht unterliegen würden. Schwierig sei es, da Betroffene freiwillig in die Therapie gingen, auch wenn sozialer Druck von Familie und Umfeld massiv sein kann. Bei den Heilern müsse im Einzelfall entschieden werden, ob das Angebot strafbar sei.

In jüngster Zeit schliessen sich homosexuelle Menschen, die aus ihrer Kirche verstossen wurden, in Vereinen wie „Zwischenraum“ zusammen. Ziel dieser Vereine ist, dass sich gleichgesinnte, religiöse Homosexuelle gegenseitig Heimat und Hoffnung schenken können. Wie weit das Leid reicht, das durch die Ablehnung der Homosexualität entsteht, ist kaum quantifizierbar. Ein gesetzliches Verbot ist schwer umzusetzen und wird darum in nächster Zeit kaum eingeführt werden.

Catrina Pedrett

Missbrauch im Gesetz

Ab wann gilt ein Übergriff als sexueller Missbrauch und wie wird dieser sanktioniert?
Folgende Gesetzesabschnitte aus dem Schweizer Strafgesetzbuch entscheiden bei sexuellem Missbrauch über Tatbestände, Schuld und Strafe:

§ 187 StGB: Kindsmissbrauch

In der Schweiz liegt das Schutzalter bei 16 Jahren: Wenn der Altersunterschied bei den Beteiligten an sexuellen Aktivitäten grösser ist als drei Jahre und die jüngere Person jünger als 16 ist, macht sich die ältere Person strafbar. Dabei geht die Definition sexueller Aktivität sehr weit. So kann bereits ein Zungenkuss einen sexuellen Übergriff darstellen, wenn der Altersunterschied grösser ist, als das Gesetz es erlaubt.

Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder Geldstrafe

§ 190 StGB: Vergewaltigung

Damit der Tatbestand der Vergewaltigung nach Art. 190 StGB erfüllt ist, wird unabhängig vom Alter des Opfers eine vaginale Penetration vorausgesetzt. Eine weitere Voraussetzung ist, dass der Täter das Opfer bedroht hat, Gewalt angewendet hat, es unter psychischen Druck gesetzt oder zum Widerstand unfähig gemacht hat.

Freiheitsstrafe von ein bis maximal zehn Jahren

§ 189 StGB: Sexuelle Nötigung

Wenn ein Täter oder eine Täterin durch Drohung, Gewaltanwendung, indem er sein Opfer psychisch unter Druck setzt oder zum Widerstand unfähig macht, ein Kind, eine Frau oder einen Mann zu sexuellen Handlungen gegen deren Willen zwingt, ist dies strafbar.

Geldstrafe ohne explizite Untergrenze bis maximal zehn Jahre Freiheitsstrafe

§ 198 StGB: sexuelle Belästigung

Sexuelle Belästigung richtet sich gegen Personen, welche die vorgenommene sexuelle Handlung nicht erwarten. Die Belästigung kann physisch (ungewolltes Berühren sekundärer Geschlechtsmerkmale) oder verbal (vulgäre resp. unanständige Ausdrücke, Bemerkungen zu Geschlechtsteilen oder zum Sexuallebens des Opfers) sein. Im Gegensatz zu den übrigen Sexualdelikten wird sexuelle Belästigung nur bestraft, wenn das Opfer einen Strafantrag stellt. Es handelt sich also um ein Antragsdelikt.

Geldbusse

Der Psycho-Psychiater

Er schaute zu mir hinauf. Seine Ohren waren bemerkenswert verformt, abstehend und im oberen Teil nach vorne gekippt. Er entliess meinen Plexus pampiniformis aus seinem Pinzettengriff und bat mich, meine Hose wieder hoch zu ziehen. „Sie haben da ‘ne Krampfader“, sagte er, als er sich wieder aufrichtete. Die Nachricht, keinen Hodenkrebs zu haben, war in diesem Moment eine grosse Erleichterung. Im Nachhinein betrachtet hat diese Erinnerung aber einen unguuten Beigeschmack. Der Mann, der mein Genitale befragt hatte, stellte sich später als Urkundenfälscher heraus. Was vielleicht noch weniger gut schmeckt, ist, dass er bessere Arbeit gemacht hat als mein aktueller Hausarzt, welcher mir zu gern studieninduzierte Hypochondrie, die sogenannte Candmeditis, diagnostiziert. Aber wir schweifen ab. Bei allgegenwärtigem Bedarf an ärztlichem Personal, ist es nicht überraschend, dass BetrügerInnen gern mal durchs Netz schlüpfen. Es ist eben leider nicht bei allen an den Ohren zu sehen, auch wenn es manche faustdick dahinter haben. Die folgende Anekdote gibt einen kleinen Einblick in das Denken eines Mannes, der in der Psychiatrie durch das Netz schlüpfte.

„Ich war ein Hochstapler unter Hochstaplern“. Weder mit Abitur noch mit Medizinstudium erlangte ein gelernter Postbote eine leitende Position als Chefarzt in mehreren psychiatrischen Kliniken im Deutschland der 90er Jahre. Schon damals bekannt als Hochstapler und Urkundenfälscher bewarb Gert Postel sich unter dem Namen Dr. med. Dr. phil. Clemens Bartholdy um eine Stelle nach der anderen. Seiner Erfahrung nach könnten Ärzte schlecht formulieren, so wusste er beim Vorstellungsgespräch mit seinem Vortrag zu punkten. Er war sich schon dort sicher, dass er sowieso für



die Stelle ausgewählt würde. Auf die Frage nach seiner Dissertation antwortete er mit einem wahllosen Zusammenreimen von Wörtern. Seine Arbeit der „kognitiv induzierten Verzerrung in der Stereotypenbildung“ wurde von allen anwesenden ÄrztInnen mit bejahendem Nicken angenommen, da wusste er, dass er es mit HochstaplerInnen zu tun hatte.

Gert Postel sieht sich nicht als Betrüger. Er mag keine Etikettierungen, denn diese können mit nur einem Begriff, einer psychiatrischen Diagnose, sozial töten. Überhaupt würden PsychiaterInnen immer alles diagnostizieren, kein Mensch bleibe ohne Diagnose. Für alle könne etwas gefunden und zurechtgeschnitten werden.

In seinen Augen war Postel der Katalysator, der zur Demaskierung der Psychiatrie beigetragen hatte. Diese war seiner Meinung nach viel mehr mit der Astrologie als mit einer Wissenschaft zu vergleichen und er war der lebende Beweis dafür. „Ich wurde die ganze Zeit nur gelobt, dabei stand ich unter ständiger Aufsicht!“, behauptet er. Er war nicht aufgefallen, da die Psychiatrie nur einen sehr begrenzten Wortschatz habe. Sobald man diesen beherrsche, könne man formulieren, was man wolle. Nie sei ihm wegen eines Behandlungsfehlers gekündigt worden, jedes Mal

kam auf Umwegen und per Zufall seine wahre Identität heraus.

„Die Psychiater waren durch meine Demaskierung in ihrem Narzissmus natürlich aufs höchste gekränkt worden.“ Eine „maligne Persönlichkeitsstruktur“ wurde dem ehemaligen stellvertretenden Chefarzt Dr. med. Dr. phil. Clemens Bartholdy unterstellt, was ihm die Charade der Psychiatrie nur bestätigte. „Diese Diagnose gibt es doch gar nicht!“.

Was eine solche Abneigung gegen die Psychiatrie in erster Linie hervorgerufen hat, lässt sich nur vermuten. Seine Mutter litt lange an Depressionen, zahllose Besuche bei Psychiatern waren die Folge. Dort sei er das erste Mal mit der „repressiven, menschenverachtenden Psychiatrie“ in Berührung gekommen.

Was ausser Frage steht, ist Gert Postels Talent und Geschick für Rhetorik. Wer weiss, ob mit solchen Voraussetzungen, regelrechtem Abitur und abgeschlossenem Medizinstudium aus dem Postboten vielleicht ein richtig guter Arzt geworden wäre.

Adrian Walter und Sophia Diyenis



Eidbrecher

Als ÄrztIn tätig zu sein, bedeutet, den Menschen zu helfen und, wenn möglich, sie zu heilen. Es heisst aber auch, eine riesige Verantwortung zu tragen und die gewaltige Macht zu besitzen, in das Leben anderer Menschen eingreifen zu können. Macht birgt immer das Potential des Missbrauchs. Somit ist es eine wichtige Aufgabe der Medizinethik, die Frage zu klären, wo der Missbrauch beginnt.

Hippokratischer Eid – Antike Wurzeln

Die erste uns bekannte Schrift zu diesem Thema ist der Eid des Hippokrates. Diesem kommt noch heute eine grosse Bedeutung zu, enthält er nämlich wichtige Elemente, die an Aktualität nicht verloren haben. So gehört die Schweigepflicht damals wie heute zu den ärztlichen Pflichten. Auch bei sexuellen Übergriffen wurde eine Grenze gezogen: „Werke der Wollust an den Leibern von Frauen und Männern, Freien und Sklaven“ waren untersagt.

Doch nicht alle Inhalte des Hippokratischen Eids sind zeitlos akzeptiert. Bereits beim uns überlieferten Wortlaut handelt es sich nicht um die ursprüngliche Formulierung des griechischen „Vaters der Medizin“, sondern wahrscheinlich um eine überarbeitete Form. Es wird sogar in Frage gestellt, ob Hippokrates überhaupt der Urheber gewesen sei.

Aus heutiger Sicht gelten einige Aspekte als überholt. Wird im Hippokratischen Eid noch verlangt, das medizinische Wissen nur an Söhne und Schüler weiterzugeben, so gilt heutzutage als Ideal, die Patienten adäquat zu informieren und ihnen eine Mitentscheidungsmöglichkeit

zu bieten. Was würden die Verfasser des Eids wohl dazu sagen, wenn sie das ärztliche Wissensmonopol durch das Internet untergehen sehen könnten?

Der Eid des Hippokrates entsprach immer eher einer Richtlinie als einem Gesetz. Es ist fraglich, inwieweit Eidbrecher bestraft wurden.

Eidbruch für Forschung und Rassenhygiene – Mengeles „Meerschweinchen“

Leider kam es in der Geschichte immer wieder zu Verstössen gegen das medizinische Ethos. Der grausame Missbrauch, den ÄrztInnen während der Zeit des Nationalsozialismus begangen hatten, schockiert die Welt noch heute. So zum Beispiel der nationalsozialistische Kriegsverbrecher Josef Mengele, der zuerst einem Rassenhygieniker assistierte, danach als Truppenarzt bei der SS und schlussendlich als Lagerarzt im KZ Auschwitz tätig war. Dem Geheimbefehl der SS an die ÄrztInnen, Kranke und besonders Kinder im „Zigeunerlager“ unauffällig zu beseitigen, kam er fleissig nach: Unter dem Vorwand Krankheiten und Seuchen zu bekämpfen liess er Zehntausende von Insassen vergasen.

Illustrationen: Gioia Epprecht

Frauen, die an Typhus erkrankt waren, Kinder mit Masern und Tuberkulosekranke schickte er in die Gaskammern. Gleichzeitig unterband er Versuche, die schlechten Lebensbedingungen im Lager zu verbessern, und förderte darüber hinaus die hygienischen Mängel.

Neben der Beseitigung von Häftlingen war es Mengeles Ziel, das Lager für wissenschaftliche Zwecke zu nutzen. „Wenn die sowieso ins Gas gehen“, soll er gesagt haben, „ist es unverantwortlich, diese Gelegenheit für die Forschung verstreichen zu lassen.“

In Verbindung mit der Eugenik interessierte Mengele sich besonders für Zwillingsforschung. Bevor er seine Opfer benutzte, zeigte Mengele sich ihnen sehr zugänglich. Er nannte sie „Meine Meerschweinchen“ und richtete für sie einen „Kindergarten“ ein, wo sie von besonderem Schutz profitierten. In den Experimenten hingegen wurden durch Injektionen Infektionskrankheiten wie Noma verursacht und hunderte Zwillingskinder für Obduktionen umgebracht.

Die Meinungen darüber, ob die brutale Forschung während des Nationalsozialismus als Wissenschaft bezeichnet werden sollte, gehen auseinander. Der aufgekommene Begriff Pseudowissenschaft wird heftig kritisiert, da er die wahre Wissenschaft entlaste, obwohl sie von diesen ärztlichen Verbrechen profitiert habe.

Weltärztebund – Zeitgemässer und von den Heilsgöttern verlassen

Nach solchen Übeltaten war das Bedürfnis nach einem medizinischen Ehrenkodex gewachsen. Der Weltärztebund (World Medical Association, WMA) wurde gegründet, um die Unabhängigkeit der ÄrztInnen und höchstmögliche ethische Standards sicherzustellen.

Es herrschte Einigkeit, dass die Praktiken eines Arztes wie Josef Mengele zutiefst zu verurteilen waren. Es gab viele Hinweise, dass er freiwillig agiert hatte, sogar noch radikaler und skrupelloser, als es die Vorschriften seiner Vorgesetzten verlangt hätten. Doch was war mit den ÄrztInnen, die ihm und seinesgleichen untergeordnet gewesen waren? Jenen, die unter Todesangst die Anweisungen der Nazis durchgeführt hatten? In der 1948 vom Weltärztebund formulierten Deklaration von Genf steht: „Ich werde, selbst unter Bedrohung, mein medizinisches Wissen nicht zur Verletzung von Menschenrechten und bürgerlichen Freiheiten anwenden.“ Sie hatten also ebenfalls Missbrauch der Medizin begangen. Oder waren sie selbst als medizinisches Personal missbraucht worden? Einige HäftlingsärztInnen und -pflegerInnen hatten versucht, Mengeles Projekte zu sabotieren. Andere hatten sich selbst das Leben genommen. Die Grosszahl aber hatte die Befehle befolgt.

Das Genfer Ärztegelöbnis mit seinen moderneren Formulierungen ohne Anrufung von Göttern wurde zur zeitgemässen Ablösung des Hippokratischen Eids und wird immer wieder revidiert. Im Unterschied zum Hippokratischen Eid verbietet es Abtreibungen und die Sterbehilfe nicht. Dass es wohl immer Leute geben wird, die den Missbrauch der Medizin anders definieren, zeigt zum Beispiel der „Marsch fürs Läbe“ vom letzten Herbst in Zürich, bei dem gegen Abtreibung demonstriert worden ist. Der Weltärztebund versucht aber, mehrheitsfähige Leitlinien von hohem ethischem Standard zu erarbeiten. Auf seiner Website kann eine ganze Sammlung von Deklarationen und Stellungnahmen heruntergeladen werden, die sich mit einem riesigen Spektrum ethischer und sozialer Themen aus dem ärztlichen Berufsfeld befassen. Darunter auch die Deklaration von Helsinki, in welcher ethische Grundsätze für die medizinische Forschung am Menschen festgehalten sind.

Gesellschaftliche Verantwortung - Widerstand und Engagement

Die moderne Bioethik findet mehr und mehr Einzug ins Gesetz. Doch noch immer wäre es gefährlich, wenn ÄrztInnen sich einfach auf die Richtigkeit der staatlichen Regeln verlassen und nur danach handelten. Nicht selten befindet sich medizinisches Personal weltweit im Konflikt



zwischen moralischem und juristischem Recht. Zwischen Menschenrechten und den Forderungen ihrer Vorgesetzten. Die Grausamkeiten sind mit dem Ende der Nazi-Herrschaft leider nicht von der Welt verschwunden. Laut Amnesty International ist zwischen 2009 und 2014 in dreiviertel aller Länder gefoltert worden. Insbesondere in Ländern mit Militärregierungen beteiligten sich oft ÄrztInnen an der Folter. Die Opfer vertrauen ihnen Gesundheitsinformation an im Glauben, dass diese die Folter lindern würden. Die ÄrztInnen setzen diese Informationen dann jedoch eiskalt entgegen ihrer eigentlichen Berufung ein. Ein Offizier, der selber Gefangene gefoltert hatte, erklärte gegenüber Amnesty international: „Unsere Vorgesetzten schärfen uns ständig ein, wie bedeutend Geständnisse von Gefangenen für die Rettung der Leben von zahlreichen Militärpersonen seien. (...) In der Folge verselbstständigte sich der Zweck der Folter jedoch, und die Folter wurde um ihrer selbst willen angewandt.“

Man könnte von den ÄrztInnen erwarten, gegen gesundheitliche Gefahren im politischen System Widerstand zu leisten. Dabei muss aber auch bedacht werden, dass sie sich dadurch je nach System unterschiedlich stark selbst gefährden. Ein kritisches Hinterfragen ist aber immer angezeigt. Das Genfer Gelöbnis beginnt mit: „Als Mitglied der ärztlichen Profession gelobe ich feierlich, mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen.“ Die Ansicht liegt also nahe, dass es zur ärztlichen Verantwortung gehört, Probleme in der Gesellschaft zu erkennen und sich entsprechend dagegen einzusetzen.

So wehrten sich 1985 in Zürich unter anderen 360 ÄrztInnen gegen die Drohungen eines Bewilligungsentzugs bei Abgabe von sterilen Injektionsutensilien auf dem Platzspitz. 1991 gründeten engagierte ÄrztInnen und Fachleute die Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen (ARUD), welche sich entscheidend für die Wende in der Schweizer Drogenpolitik, den Kampf gegen Hepatitis C und Suchtprevention einsetzte.

Eigenprofit - Versagen der Kontrolle und locken ins Verderben

Was passiert, wenn ÄrztInnen statt fürs Gesellschaftswohl von ihrem eigenen Profit gesteuert handeln, sieht man an der Opioid-Krise in den USA. Zahlreiche ÄrztInnen arbeiteten mit Purdue Pharma zusammen und verschrieben in ihren als „Pill Mills“ bezeichneten Praxen auf Wunsch Oxycontin, ohne eine vorangegangene Anamnese oder klinische Untersuchung. Die Zahl der Opioidstichtigen stieg dadurch drastisch und die Todesfälle durch Überdosis bewirkten gar eine Senkung der mittleren Lebenserwartung in den USA.

Jeden Wunsch erfüllen - Medizin als Dienstleistung?

Mit der immer höheren Gewichtung der Autonomie des Patienten kommt die Frage auf, wie uneingeschränkt ÄrztInnen die Wünsche ihrer PatientInnen (oder sollten sie in bestimmten Fällen bereits KundInnen genannt werden?) befolgen sollten.

So gibt es beispielsweise skeptische Stimmen zur Ästhetischen Chirurgie, welche von der (Re)konstruktiven plastischen Chirurgie abzugrenzen ist. Kritiker bezweifeln die Indikation, da sie denken, der subjektive Leidensdruck sollte eher durch Selbstwertgefühlsaufbau längerfristig gestärkt werden. Ausserdem stellen sie die Gerechtigkeit in Frage, da sich die teuren Eingriffe nicht alle leisten können, bei Komplikationen je nach Land aber die Krankenkassen belastet werden.

Ist die Ausübung von Medizin als Dienstleistung ein Missbrauch der Medizin? Oder ist dies ein legitimer Wandel mit der Zeit, so wie aus „Kunst“ im Hippokratischen Eid „Profession“ im Genfer Gelöbnis wurde?

Was bringt die Zukunft? - Grösser denken

Selbst wenn die Grundfragen geklärt sind, werden sich immer komplexere Fragen zum Missbrauch in der Medizin stellen. Diese gehen weit über das Tun einzelner ÄrztInnen hinaus,

da die Medizin heute mit der sehr weit fortgeschrittenen Globalisierung auch in einem umfangreicheren Kontext betrachtet werden muss. Global Health ExpertInnen wie Alanna Shaikh machen darauf aufmerksam, dass wir alle davon profitieren würden, rund um den Globus ein gut funktionierendes Gesundheitssystem zu haben, um für Pandemien wie Covid-19 gerüstet zu sein. In den Vorlesungen lernen wir, dass Themen wie Antibiotikagebrauch auch systemisch betrachtet werden müssen: Inkorrekte Antibiotika-Verschreibungen schädigen nicht nur PatientInnen, sondern auch unser Ökosystem.

Der Umgang mit neuen Techniken und Datenschutz wird die Diskussionen um den richtigen Einsatz oder eben Missbrauch der Medizin ständig am Laufen halten. Ein an Bedeutung gewinnendes Thema ist die Verantwortung grosser Unternehmen: Zum Beispiel steht der Pharmakonzern Gilead in der Kritik, Wucherpreise für Sofosbuvir, ein Medikament zur Behandlung der chronischen Hepatitis C, zu verlangen.

ÄrztInnen haben also keine alleinige Macht. Sie sind nur ein kleines Rädchen in einem grossen System, können aber mit ihrem Verhalten, ihrem kritischen Nachdenken, Engagement oder Widerstand entscheidend die Nutzungsrichtung der Medizin beeinflussen.

Gioia Epprecht



Jetzt reicht's!

Vom Qual- zum Wahlstudienjahr

Das Wahlstudienjahr leuchtet seit dem ersten Tag unseres Studiums verheissungsvoll in der Ferne. Je näher die Praxis rückt, desto grösser zeichnet sich aber auch die Herausforderung ab: Wie soll man den Sprung von der Theorie in die Praxis meistern? Wie umgehen mit Situationen, auf die man nicht vorbereitet wurde in den vorangegangenen vier Jahren Studium? Die folgenden Texte handeln von schwierigen Situationen im Alltag von Doctors-to-be meines Jahrgangs. Am Ende eines jeden Textes findet ihr einen Kommentar der Coachin Rosa Bischof, die unter anderem jahrelange Erfahrung mit Beratung in schwierigen Arbeitssituationen hat. Da es nicht „den“ Lösungsvorschlag gibt, handelt es sich hauptsächlich um Tipps und Tricks, die uns den Umgang mit schwierigen Situationen erleichtern sollen und zum Nachdenken anregen.

Diskriminierung

Ich war ein Monat in der Neurochirurgie eines grossen Spitals. Ich assistierte dort einem Oberarzt, der aus dem Nahen Osten stammt, bei einer TLIF (Transforaminal Lumbar Interbody Fusion, Art der Spondylodese). Dabei werden die Knochen verschraubt, und abgeschabter Knochen wird verkleinert und als Matrix zum Verknöchern um die Stäbe verteilt, damit der Knochen später besser hält. Der Arzt reichte mir die Knochenstückchen und sagte: „Du kannst den Knochen verkleinern. So kannst du schonmal üben für die Küche, in die du gehörst als Frau.“ Im ersten Moment dachte ich, mich verfehlt zu haben. Auch sonst sagte niemand etwas, nur der Assistenzarzt kicherte, ich weiss nicht, ob aus Verlegenheit oder Erheiterung. Der Oberarzt erzählte weiter: „Da, wo ich herkomme, ist es Gang und Gebe, dass die Frauen zu Hause sind und kochen. Ich habe eine gute Frau, die mir immer gekocht hat. Als ich in der Assistenzzeit das erste Mal selber kochen musste als ich weggezogen bin, musste ich meine Frau anrufen, die mir gesagt hat, wie ich Spaghetti koche.“ Ich war so baff, ich sagte einfach nichts.

Welche Verhaltensweisen lösten in mir Unmut aus? Der Oberarzt ist in einer Machtposition mir gegenüber als Unterassistentin. Es hat mich gestört, dass er diese Machtposition ausgenutzt hat, um mir seine komplett irrelevanten Ansichten bezüglich des Platzes einer Frau mitzuteilen. Ich bin dort, um zu arbeiten. Das hat nichts damit zu tun, was ich für Ziele habe in der Zukunft, und auch nicht, was er für ein Frauenbild hat. Das hat er zu akzeptieren. Fast noch mehr gestört hat mich, dass niemand dem etwas erwidert hat, und der Assistenzarzt sogar blöd gekichert hat.

Meine Herausforderung in dieser Situation? Ich fühlte mich baff, und fand in dieser Situation keine Worte, um dem Chirurgen zu widersprechen. Meine Herausforderung war, eine geeignete Antwort zu finden, die ihm zeigt, wie fehl am Platz sein Kommentar in dieser Situation gewesen ist.

Fragestellung Wie kann ich als UnterassistentIn am unteren Ende der Nahrungskette das unangebrachte Verhalten einer höher gestellten Person kritisieren?

Kommentar Coaching Kritik bringt ihr am besten in der ICH-Botschaft an, kurz und sachlich. Beispiele: „Ich finde diese Antwort nicht passend.“ / „Ich habe zum Frauenthema eine andere Ansicht.“ Wichtig ist, nach der Aussage schweigen und sich nicht weiter ins Gespräch einlassen. Sprachlos sein fühlt sich hilflos an, kann ärgern und im Nachhinein hätten wir tausend Antworten. Jedes weitere Mal nehmen wir eine mögliche Antwort hervor, oder schweigen, was auch ganz okay ist. An diesen konfrontativen zwischenmenschlichen Situationen wachsen wir an persönlichen Erfahrungen. Wir leben vermehrt in einer multikulturellen Gesellschaft, was auch heisst, dass die unterschiedlichsten Weltanschauungen, Werthaltungen und Beziehungsvorstellungen sich im Arbeitsalltag abzeichnen und wir gegenseitig konfrontiert werden. Im Weiteren kommt dazu, dass die Einsätze von kurzer Zeitdauer sind und das Einleben in die Arbeit, ins Team und die Umgebung sehr grosse Anforderung stellt.

Es stellt sich daher allgemein die Frage: Wie weit will ich mich in persönliche Gespräche einlassen in diesen Kurzeinsätzen?

(Zu) Grosse Verantwortung

Mein Start auf der Anästhesie verlief rasant: Nach einer sehr unstrukturierten learning-by-doing-Einführung legte ich meine erste Larynxmaske am ersten Nachmittag, wurde am zweiten Tag bereits alleingelassen mit Patienten, die narkotisiert und kurz vor Operationsbeginn waren, und allein mit gerade aufwachenden Patienten zum Aufwachraum geschickt. Es zeigte sich rasch, dass der Leitende Arzt der Station die UnterassistentInnen (UAs) in erster Linie als billige Arbeitskräfte einsetzte. In einem Gespräch mit ihm vermittelte er mir, ich müsse innerhalb einer Woche bereit sein, eine Narkose mit der Hilfe einer Pflegekraft selbst zu leiten. Auf meine Einwände erwiderte er, dass ich für den Beruf der Ärztin nicht geeignet sei, falls ich das nicht akzeptieren könne. Die Pflegenden waren geschlossen der Ansicht, es sei nur eine Frage der Zeit, bis eine PatientIn aufgrund der prinzipiell mangelhaft ausgebildeten UAs ernsthaft zu Schaden käme. Die AssistenzärztInnen (AA) gaben sich Mühe, mir zwischen Tür und Angel ein wenig Teaching zukommen zu lassen. Bald wurde ich von dem Aufgabenbereich und von der Arbeitslast her ähnlich eingesetzt wie eine AA. Es ist mir wichtig, zu differenzieren: Einige Teammitglieder waren unglaublich wertvolle und aufmerksame Lehrer, die mir die Feinheiten der Anästhesie nahebrachten und gleichzeitig die volle Verantwortung übernahmen. Ich bildete mich gerne weiter und bin im Nachhinein dankbar für die intensive Lehrzeit. Ich lernte, auch durch die prekären Um-

stände, sehr viel und schnell, hatte aber schlaflose Nächte, da es immer sein konnte, dass ich am nächsten Tag mit einer kreislaufinstabilen Patientin allein gelassen würde, mit dem Kommentar „so jemand kann jederzeit wieder abstellen, aber ich stell dir den Defi vor die Tür.“

Welche Verhaltensweisen lösten in mir Unmut aus? Ich war überwältigt von der hohen Verantwortung über Menschenleben, für die ich mich nicht bereit fühlte, und von den Pflegenden, die ihren Unmut über meine mangelnde Kompetenz offen an mir ausliessen. Ich war offensichtlich nicht die Erste in dieser Lage, trotzdem waren einige meiner Vorgesetzten sich dieser Missstände entweder nicht bewusst, oder ignorierten sie.

Meine Herausforderung in dieser Situation? Beständig vor der Wahl zu stehen, entweder aufzugeben oder jeden Tag aufs Neue Dinge zu tun, die ich selten oder noch nie gemacht hatte, oft ohne jede Chance auf Unterstützung, oder wenn dann oft nur auf sehr herablassende Art und Weise.

Fragestellung Wie kann ich mich selbst so einschätzen lernen, dass ich mich gegen zu schwierige Aufgaben wehren kann, so dass möglichst niemand zu Schaden kommt?

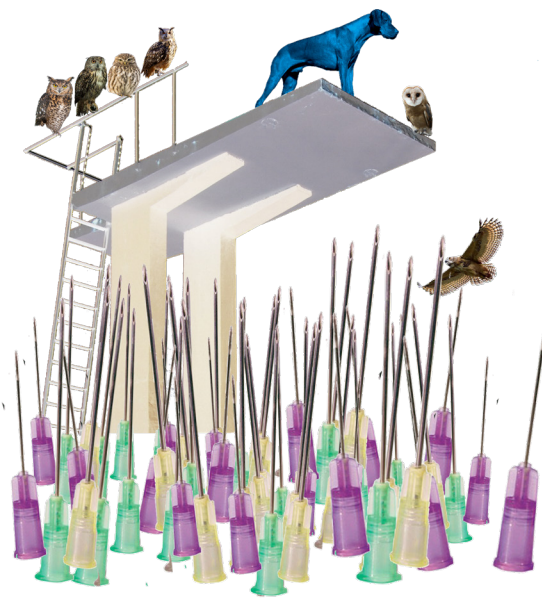
Kommentar Coaching Sich selbst einzuschätzen heisst, sein eigenes Persönlichkeitssystem in den Fähigkeiten und Eigenschaften zu erkennen und einzuordnen. Wie sehe ich mich? Wie gebe ich mich? Wie sehen mich

die Anderen? Das Johari-Fenster-Modell könnte ein Hilfsmittel sein, um das eigene Selbstbild zu erweitern. Es bietet die Möglichkeit, dies mit dem Fremdbild abzugleichen, sowie den eigenen blinden Fleck zu entdecken.

Weiter gilt zu erkennen, wie sich meine Persönlichkeit gegenüber meiner aufgetragenen Aufgabe zeigt. Dafür sollte ich wissen, was in meinem Verantwortungs- und Kompetenzbereich liegt. Wieweit kann ich was abdecken und wo sind meine Grenzen? Meine eigenen Kompetenzen kenne ich selbst am besten, und falls diese überschritten werden, darf ich das klar kommunizieren. Zum Beispiel: „Ich fühle mich nicht wohl in dieser Situation, könntest du mit mir diesen Patienten überwachen?“ Oder: „Ich habe das noch nie gemacht, kannst du es mir bitte zeigen und ich versuche es das nächste Mal selbst?“ So zeige ich gleichzeitig die Bereitschaft, neue Aufgaben zu erlernen. Es lohnt sich zudem, schwierige Situationen im Nachhinein zu analysieren um zu verhindern, dass sie sich wiederholen. Wann und wo und mit wem ergeben sich herausfordernde Situationen? So kann ich mich auf die nächste Situation vorbereiten: In welchem Rahmen zeige ich Flexibilität und welche Ressourcen kann ich einbeziehen? Dieses Selbstmanagement unterstützt den eigenen Standpunkt in der Kommunikation und Vermittlung. Zudem gilt: Schlussendlich sind die Vorgesetzten für das Handeln der UnterassistentInnen verantwortlich.

Illustration: Sabina Rätz





Psychische Belastung

Auf der Visite sah ich einen älteren Patienten in relativ schlechtem Allgemeinzustand. Am Nachmittag ging ich nochmals zu ihm und bemerkte, dass er bewusstlos war. Ich holte eine Pflegefachkraft hinzu sowie meine Assistenzärztin. Diese war allerdings mit einer anderen Patientin sehr beschäftigt. „Mein“ Patient war tachykard und sein Schrittmacher schockte ihn ab und zu. Er hatte bei Eintritt ein REA nein und IPS nein gewollt. Er verstarb innerhalb einer Stunde. Ich habe ihn dabei begleitet und als erster den fehlenden Herzschlag, die Zyanose im Gesicht und den fehlenden Pupillenreflex nachgewiesen. Ein schrecklicher Anblick. Leider schockte der Schrittmacher auch nach dem Tod des Patienten weiter und es dauerte lange, bis er mit einem Magnet deaktiviert werden konnte. Während des anschliessenden Debriefings der leitenden Ärzte wurden kurz die technischen Fehler im Ablauf der Schrittmacherdeaktivierung angesprochen und die Assistenzärztin bekam einen ungerechtfertigten Vorwurf vom Chef. Als die Assistenzärztin und ich uns direkt danach um die angestaute To-do-Liste kümmern mussten, erkundigte ich mich, wie es ihr ginge. Ihr ginge es ok. Sie fragte mich nicht zurück.

Welche Verhaltensweisen lösten in mir Unmut aus? Das Nicht-ansprechen der psychischen Belastung in einer schwierigen und für mich neuen Situation löste Unmut in mir aus. Dieser Patient war die erste Person, die ich sterben gesehen hatte. Es ging mir nahe, und ich sehe jetzt noch sein Gesicht vor mir. Gerade für mich als Unterassistenten ist der Tod etwas Neues und Ungewohntes. Es wurde kein Raum gegeben, über das Erlebte zu sprechen und es so zu verarbeiten. Ich selbst wollte mich auch nicht aufdrängen, da ich die Leute nach nur zwei Wochen nicht gut kannte. Es gibt bei den Pflegefachpersonen Feedbackrunden und die Möglichkeit, schwierige Situationen zu besprechen. Für mich ist unverständlich, wieso es diese bei den ÄrztInnen nicht gibt. Ich will kein Held ohne Gefühle sein müssen. Ich möchte nicht, dass es besonders nette TeamkollegInnen braucht, die aufeinander aufpassen, sondern ich möchte, dass unsere mentale Gesundheit einen wichtigen Stellenwert in unserem Berufsalltag bekommt. Bei der infektiologischen Hygiene hat es schliesslich auch geklappt.

Meine Herausforderung in dieser Situation? Ich musste auf die Anderen zugehen, um über meine emotional schwierige

Erfahrung sprechen zu können. Dabei wollte ich mich eigentlich nicht aufdrängen. Es gab keine kollektive, institutionalisierte Besprechungsmöglichkeit. Ich habe im Studium leider nie gelernt, wie ich in so einer Situation zurechtkommen könnte. Somit standen mir keine „Werkzeuge“ zur Verfügung, um eine gute Psychohygiene zu betreiben. So musste mein Umfeld unbezahlte Sorgearbeit für mich leisten für ein Problem, dass im Spital verursacht wurde.

Fragestellung Wie kann ich in diesem Rahmen über meine Emotionen sprechen? Wie funktioniert eine gute Psychohygiene?

Kommentar Coachin Das Sterben und der Tod sind im Pflegealltag Begleiter. Daher ist es sinnvoll sich Zeit zu nehmen und sich mit dieser Thematik intensiv auseinandersetzen. Am besten wäre schon die Beschäftigung mit dem Thema während des Studiums oder im Spitalalltag mit Weiterbildungen oder durch andere Gefässe. Bei psychischen Belastungen wie hier dargestellt ist es wichtig eine Ansprechmöglichkeit zu haben. Ein Angebot für UnterassistentInnen wäre die psychologische Beratungsstelle der Universität Zürich

(<https://www.pbs.uzh.ch/de.html>). Grundsätzlich gilt aber: Ich bin selbstverantwortlich für meine Psychohygiene und suche mir Gefässe, die mir eine gesunde Weiterentwicklung ermöglichen (zum Beispiel Praktikumsbegleiter, Interventionen,

Supervisionen, Psychotherapie). Persönliche Psychohygiene könnte folgendermassen aussehen:

(1) Erlebtes aufschreiben oder Bild malen (2) Überlegen, wer kann mir in dieser Situation zuhören und mich

unterstützen? (3) Resilienz; Wie zeigt sich meine Widerstandsfähigkeit? Wie bewältige ich Krisen? Was braucht es dazu? (4) Coping-Strategie; Welche Ressourcen stehen mir zur Verfügung? (5) Schritt für Schritt dranbleiben!

Persönlicher Angriff

Ein Leitender Arzt fing an, sich persönlich um mich zu kümmern. Er bot mich in OPs auf, in denen es gar keine Unterassistentin brauchte, und stellte mir zunächst anatomische Fragen, dann zu meinem Studium. Er machte anzügliche Kommentare, schmeichelte bald meiner Intelligenz, bald meinem Auftreten. Eine Anweisung war beispielsweise: „Ziehen Sie doch nicht so an dem Haken, als ob Sie Ihrem Freund an den Haaren ziehen würden, wollen Sie den Patienten umbringen?“ Dann wieder war er jähzornig, kritisierte sämtliche an der OP Beteiligten. Bei einer Operation erzählte er, er habe gelesen, Medizinstudenten nähmen oft Ritalin ein, um besser lernen zu können. Er befragte mich zum Thema, ich entgegnete, dass es in manchen Fällen durchaus eine medizinische Indikation gäbe. In der folgenden zunächst philosophischen Diskussion, die er immer wieder neu startete, und in deren Verlauf klar wurde, dass er kaum etwas vom Medikament wusste, flocht er klar anzüglich-persönliche Aspekte ein („Macht ihr Freund auch mit bei solchen Sachen?“ und, bei ausbleibender Antwort, „Oder Ihre Freundin?“) Darauf ging ich nicht ein. Als die Operation zu Ende ging, lud er mich zur OP des Folgetages ein. Ich verneinte, da ich frei hatte. „Ah, und dann nehmen sie daheim gemütlich eine Überdosis Ritalin?“ Und, auf mein Schweigen: „Nein, nein, alles gut.“ Da entgegnete ich: „Alles gut? Vielleicht ist es ja für mich nicht gut, wenn Sie mir persönliche Fragen stellen über Dinge, die Sie nichts angehen, und mich über Themen zu belehren zu versuchen, von denen Sie nichts verstehen?“ Das OP-Personal lachte leise. Er sagte nichts und ging. Zu meiner grossen Erleichterung blieb ich von da an von seiner Aufmerksamkeit verschont.

Welche Verhaltensweisen lösten in mir Unmut aus? Die persönlich angehauchte Art, mit verbal übergriffigem Verhalten, das zudem in einem klaren Machtgefälle stattgefunden hat.

Meine Herausforderung in dieser Situation? Ein Weggehen ist beim sterilen Hakenhalten im OP nicht möglich. Es liegt ausserdem ein Patient mit offenem Bauch auf dem Tisch, dessen Wohlergehen (und Nervenfunktionen) nicht zuletzt von der Stimmung des Operateurs abhängen. Ich musste einen entspannten Umgang finden, mich nicht aufregen oder anfangen mit streiten, aber wollte trotzdem sachlich kommunizieren, dass ich einen solchen Umgang nicht akzeptiere.

Fragestellung Wie kann ich mich gegen unerwünschte Aufmerksamkeit wehren, wenn ich gleichzeitig auf Teaching von derselben Person angewiesen bin?

Kommentar Coaching Der Umgang mit Menschen, die eine starke emotionale Unausgeglichenheit aufzeigen und denen Nähe und Distanz Mühe bereiten, gilt es möglichst auf sachlicher und beruflicher Ebene zu begegnen. Aus der Theorie wissen wir, dass Privates und Berufliches getrennt werden soll. Im Alltag jedoch macht es jemanden attraktiv, wenn Privates Kund getan wird. Daher macht es Sinn, sich zu überlegen über welche und wie weit ich über private Themen im beruflichen Alltag erzählen will. Ich bin hier für meinen Selbstschutz verantwortlich. Mögliche Formulierung im OP zum Abbrechen eines zu persönlichen Gespräches: „Ich möchte jetzt das Thema beenden und mich auf die OP konzentrieren, danke.“

In solchen Gegebenheiten Belehrungen abzugeben, auch wenn sie

berechtigt sind, fördert hingegen einen Konflikt. Vor allem, wenn ich in Zukunft vom Teaching mit einer solchen Person profitieren möchte, ist das natürlich kontraproduktiv. Sobald ich merke, dass die Unterhaltung in eine solche Richtung driftet, kann ich die Aufmerksamkeit auf sachliches Terrain lenken, um einer Eskalation vorzubeugen. Zum Beispiel durch Fragen zur Anatomie oder der Operationstechnik. Dafür lohnt es sich, vorgängig in der Literatur nachzulesen und sich ein paar Fragen zurechtzulegen. So können idealerweise unangenehme Themen vermieden und gleichzeitig vom Teaching profitiert werden.

Eine Erkenntnis zieht sich durch alle Situationen: Wir können die anderen nicht verändern, erst recht nicht in so kurzer Zeit. Deshalb gilt es im Wahlstudienjahr meistens, an sich selber zu arbeiten. Damit ihr euer Studium nach der Lektüre dieses Artikels nicht gleich an den Nagel hängt möchte ich euch folgendes mit auf den Weg geben: Ich habe in diesem Jahr mit vielen engagierten, freundlichen und teamfähigen Personen zusammenarbeiten dürfen, sowie berührende, lustige und aufstellende Momente erlebt. Klar, es gehören auch schwierige Situationen dazu und nach dem Studium wird die Arbeit sicher nicht weniger. Gerade deshalb ist es wichtig, aus den Situationen im „Probefeld Wahlstudienjahr“ zu lernen und sich Strategien für die spätere Laufbahn zurechtzulegen. Grundsätzlich gehe ich aus dem Wahlstudienjahr sehr viel sicherer und motivierter in die letzten beiden Semester, als ich das vor einem Jahr noch gedacht hätte. Ihr habt also allen Grund, euch auf diesen Abschnitt im Studium zu freuen!

Nathalie Bohl

Zwang in der Psychiatrie

Gibt es Alternativen?

Zwangsmassnahmen in der Psychiatrie sind ein umstrittenes Thema. Einerseits sind sie teilweise unvermeidbar, um die PatientInnen und deren Umfeld zu schützen, andererseits werden sie viel zu häufig angewendet und können für die PatientInnen sehr belastend sein. Ein Patient berichtet von seinen Erfahrungen mit Zwangsmaßnahmen und zeigt, wo Handlungsbedarf besteht. Ein Interview mit dem Chefarzt der Soteria, einer Psychiatrieinstitution in Bern, welche keinen Zwang anwendet, zeigt eine alternative Herangehensweise.



Illustration: Gioia Epprecht

Bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung und Bestehen einer psychiatrischen Erkrankung ist eine fürsorgliche Unterbringung durch eine ÄrztIn möglich. Die FU wird durch die Erwachsenenschutzbehörde geregelt, kann jedoch für maximal 6 Wochen von den ÄrztInnen ausgesprochen werden. Die PatientIn muss in eine geeignete Institution eingewiesen werden, welche den Behandlungsauftrag erfüllen kann. Meist ist dies eine geschlossene Station einer psychiatrischen Klinik.

Ein häufiger Grund für die fürsorgliche Unterbringung ist Suizidalität. Jedoch ist die wissenschaftliche Evidenz gering, welche besagen würde, dass Suizide durch eine Unterbringung in einer geschlossenen Station verhindert werden könnten. Laut einer Studie von Huber et al., erschienen im Lancet Psychiatry im Jahr 2016, werden Suizide gleich häufig in einer offenen wie in einer geschlossenen Station vollendet. In offenen Stationen war die Anzahl der Versuche sogar geringer. Folglich stellt sich die Frage: Sind

Zwangsmassnahmen wie die FU in der Psychiatrie denn ethisch vertretbar? Als Richtlinien haben wir die vier Prinzipien ethischen Handelns in der Medizin: Autonomie der PatientIn, Patientenwohl, Schadensvermeidung und soziale Gerechtigkeit, welche wir abwägen müssen.

Natürlich ist die Autonomie der PatientIn durch eine fürsorgliche Unterbringung nicht gewährleistet. Das Patientenwohl ist der Grund, mit welchem wir Zwangseinweisungen rechtfertigen. In gewissen Situationen scheinen sie unumgänglich und können vorübergehend helfen, sowohl den PatientInnen als auch deren Umfeld. Aber wie die oben genannte Studie besagt, ist es auch in einem offenen Setting möglich, für das Patientenwohl zu sorgen.

Zudem richten wir durch die Verwendung von Zwangsmassnahmen Schaden an. So berichtet ein Patient, welcher seit Jahren an einer bipolaren Störung leidet und heute als Peer (Experte aus eigener psychiatrischer Erfahrung) arbeitet:

„Meine Erfahrungen über Zwang berufen sich auf fürsorgliche Unterbringung, Zwangsisolation, Zwangsfixation, Zwangsmedikation und informellen Zwang (kein Ausgang, wenn ich die Medikamente nicht einnehme etc.) Die FU hat mich aus meinem gewohnten Alltag gerissen, mich aber davor bewahrt in meinem Umfeld weiteren Schaden anzurichten und war für meine Angehörigen im ersten Moment eine Entlastung. Doch eine Einlieferung in die Psychiatrie gegen den Willen hinterlässt Spuren. Das Vertrauen zu meinen Mitmenschen war gebrochen und die Zwangsbehandlungen haben dieses Gefühl verstärkt allein zu sein und gegen dieses System anzukämpfen, was eine Behandlung fast verunmöglicht hat. Die Zwangsbehandlungen wurden von mir immer als Machtdemonstration empfunden und haben aus meiner Sicht nie eine Linderung gebracht. Als groben Eingriff in meine persönliche Integrität, verbunden mit Angst, Scham und einer Verstärkung meines Krankheitsempfindens.“

Zuletzt ist eine soziale Gerechtigkeit in der Behandlung zwischen psychisch und somatisch erkrankten Menschen nicht immer gegeben. Eine psychiatrische Patientenverfügung muss bei einer fürsorglichen Unterbringung nur soweit beachtet werden, wie sie die Wirksamkeit der Behandlung nicht einschränkt. In dieser Verfügung ist der Wille des Patienten bei psychiatrischen Kriseninterventionen festgehalten, wenn der Patient selbst nicht mehr urteilsfähig ist. An eine somatische Patientenverfügung ist das Behandlungsteam jedoch gebunden. Es gibt diverse Ansätze für eine Psychiatrie mit weniger Zwangsmaßnahmen. Auch besonders wichtig ist die Meinung der betroffenen PatientInnen. Der obengenannte Patient berichtet über mögliche alternative Herangehensweisen:

„Zwang auszuüben ist immer destruktiv, ohne Beziehung ist keine Therapie möglich. Die Psychiatrie sollte versuchen in der Anfangsphase sehr viel Beziehungsarbeit zu leisten. Das heisst für mich, auf den Menschen eingehen und nicht mit den Krankheitssymptomen sprechen und verhandeln.

Die ambulante Betreuung muss verstärkt werden und es braucht mehr niederschwellige Angebote (Weglaufhaus, Recovery College) für Betroffene. Teams, welche bei einer akuten psychiatrischen Krise im häuslichen Umfeld intervenieren würden, wären meiner Meinung nach ein zukunftsorientierter Ansatz. Denn will man die Anzahl der fürsorglichen Unterbringungen verringern, müssen die Patienten die Möglichkeit haben, frühzeitig Hilfe zu bekommen. Eine Hilfe für Patienten kann im stationären und ambulanten Rahmen ein Peer sein.“

Eine Institution, welche in der Psychiatrie eine Vorreiterrolle einnimmt, ist die Soteria Bern. Diese behandelt Personen mit akuten Psychosen mit einem sozialpsychiatrischen Ansatz. Der Chefarzt Dr. med. Walter Gekle von der Soteria Bern beantwortet in einem Interview Fragen zu der Umsetzung einer Psychiatrie ohne Zwangsmaßnahmen.

Wie ist es möglich akute Psychosen ohne Zwangsmassnahmen zu behandeln?

Es ist nicht immer möglich, selten ist Zwang notwendig. Kommt eine Person mit einer sehr agitierten Psychose, oder in Kombination mit Drogen, gelingt es einem manchmal nicht eine Beziehung zum Patienten aufzubauen, dann braucht es in seltenen Situationen Zwangsmaßnahmen. Es wird aber immer noch zu häufig Zwang angewendet, wo dies mittels Deeskalation oder Prävention verhindert werden könnte. In Psychiatrien mit geschlossenen Türen kommt es häufig zu Gewalt von Seiten der Patienten, als Reaktion auf die geschlossenen Türen. Geschlossene Türen sind eine Art von Gewalt und diese kann der erste Schritt in eine symmetrische Gewalteskalation sein. Besser ist es, offene Türen zu haben, im schlimmsten Fall kann man immer noch die Polizei rufen, wenn der Patient davonlaufen will. Wichtig ist es dem Patienten Zeit zu geben und auch selbst Zeit zu haben. Man soll den Patienten seine Sicht der Welt erzählen lassen, vielleicht eine Runde im Garten spazieren gehen und so versuchen eine Beziehung aufzubauen. Patienten mit einer Psychose sind misstrauisch und ihr Grundaffekt ist Angst. Sehr zentral ist für den Patienten in einer akuten Psychose Ruhe und eine möglichst reizarme Umgebung zu finden, sowie ein Vertrauen zu einer Betreuungsperson fassen zu können. Eine Reizüberflutung verstärkt die Symptome einer Ich-Störung, wie z.B. das Gefühl Gedanken lesen zu können. Deswegen ist die Reizreduktion so wichtig zu Beginn einer Psychose.

Wie werden Patienten zur Einnahme von Antipsychotika auf freiwilliger Basis motiviert?

„Greifen wir zum Äussersten und reden wir mit dem Patienten.“ Man muss einen Zugang zum Patienten finden und mit diesem transparent sein. Hier ist die zu Beginn geleistete Beziehungsarbeit zentral. Dem Patienten soll erklärt werden, was für Symptome er zeigt, welche Diagnose vermutet wird und weshalb man nun diese Medikamente geben möchte.

Auch kann es beruhigend für den Patienten sein zu wissen, dass er nicht der einzige ist, welcher z.B. Stimmen hört und dass dies ein behandelbarer Zustand ist, welcher nun vorübergehend Medikamente braucht. Man soll dem Patienten Hoffnung auf Besserung geben. Man sollte mit dem Patienten zusammen versuchen herauszufinden, unter welchen Symptomen er am meisten leidet und die Medikation entsprechend auf diese Zielsymptome abstimmen. Leidet der Patient am meisten unter Schlaflosigkeit, so gibt man ihm etwas Sedierendes. Sind es eher Positivsymptome, dann sollten die D2 Rezeptoren im Frontallhirn adäquat blockiert werden. Die meisten, v.a. junge Patienten, haben eine zu starke Sedation, das sogenannte „Scheibengefühl“, nicht gerne. Dies kann heutzutage durch bessere Medikamente und kluges kombinieren vermieden werden. Zum Beispiel kann man einen partiellen D2-Antagonisten den Tag durch mit einem sedierenden Antipsychotikum am Abend kombinieren. Ein guter Schlaf ist die halbe Miete. Man braucht viel Zeit, um den Patienten zu einer Einnahme motivieren zu können. Häufig kann man mit Patienten, welche an einer Psychose leiden, nicht länger als 30 Minuten reden, dann nimmt die Konzentration ab. Deshalb braucht es meist mehrere Anläufe bis man einen Zugang zum Patienten findet und diesen zu einer Medikamenteneinnahme motivieren kann. „Steter Tropfen höhlt den Stein“. Bei einer Erstmanifestation einer Psychose wird empfohlen, zu Beginn 1-3 Tage zu warten bis man mit einer Medikation beginnt falls der Zustand des Patienten dies zulässt. Der Patient muss nicht immer sofort am ersten Tag Medikamente einnehmen, man kann sich diese Zeit also durchaus nehmen.

Es gibt immer mal wieder Patienten, welche ohne Antipsychotika aus der Psychose herauskommen, häufig handelt es sich hier um drogeninduzierte Psychosen. Diese Patienten profitieren sehr von der Abstinenz, der Reizabschirmung in der Soteria und der intensiven Milieuthérapie, die auf die speziellen Bedürfnisse von Menschen mit psychotischen Erkrankungen abgestimmt ist. Den-

noch muss man dies mit Vorsicht geniessen, da es ausserhalb dieses reizabgeschirmten geschützten Rahmens dann ohne Medikamente doch zu einem Rückfall kommen kann.

Patienten mit einer akuten Psychose kommen freiwillig in die Soteria. Wie sieht es aus, wenn sie gehen möchten, jedoch akut psychotisch sind?

Die Patienten in der Soteria können auch wieder gehen, wenn sie dies wollen. Hier möchte ich Ihnen von einem Beispiel berichten: Ein Herr XY war mehrere Monate psychotisch und hatte formale Denkstörungen. Die Kollegen dieses Patienten motivierten ihn in eine Klinik einzutreten und meldeten ihn in der Soteria an. Es kam zu einer kompletten Remission. Daraufhin wollte der Patient austreten, keine Medikamente mehr einnehmen und mit Freunden auf Reisen gehen. Den Patienten konnte man nicht zurückhalten, obwohl man wusste - und ihm das auch mitteilte - er werde zu 90% einen Rückfall erleiden. Nach einer Woche kam der Patient freiwillig wieder zurück. Man soll den Patienten Autonomie geben und Respekt zeigen. Man soll sie probieren lassen und dann wiederkommen lassen, wenn sie es brauchen. Natürlich darf keine akute Selbst- oder Fremdgefährdung vorhanden sein.

Wie ist der Umgang in der Soteria mit akuter Suizidalität?

Die Patienten werden ins „weiche Zimmer“ gebracht, wo sie 24h begleitet werden. Man macht den Patienten ein Beziehungsangebot und schläft auch im selben Zimmer. Es wird nicht immer geredet, sondern man ist einfach dabei, sogenanntes „Being-With“. So gibt man dem Patienten Sicherheit. Natürlich wird auch Lorazepam und Diazepam bei akuter Suizidalität angewendet, um den starkem Handlungsdruck zu vermindern. Die Uridee der Soteria, welche in San Francisco entstanden war, war dass man gar keine Medikamente gibt. In der Soteria in Bern werden alle psychiatrischen Medikamente verwendet, jedoch in einer geringeren Dosierung nach dem Prinzip: „So viel wie nötig, sowenig wie möglich.“ Die unerwünschten



Wichtig ist es dem Patienten Zeit zu geben und auch selbst Zeit zu haben.

- Walter Gekle, Chefarzt Soteria Bern

Nebenwirkungen der Antipsychotika werden dadurch so gering wie möglich gehalten.

Wie ist der Umgang mit aggressiven Patienten?

Durch das offene Milieu, den Garten und das Haus, welches nicht an eine psychiatrische Klinik erinnert, kommt es zu weniger Gewalt. Es gibt keine festen Rapportzeiten, es ist immer jemand ansprechbar und man kann sich immer Hilfe holen. Aggressionen treten vor allem dann auf, wenn der Patient sich in die Enge getrieben oder eingesperrt fühlt. In der Soteria besteht ein kontinuierliches Beziehungsangebot, auch nachts sind immer zwei Betreuer vor Ort und gehen z.B. bei starker Unruhe nachts um 2 Uhr mit dem Patienten draussen spazieren. Bei Aggressionen sind ein Beziehungsangebot, sowie die Möglichkeit dem Patienten „Luft“ zu geben sehr wich-

tig, denn dadurch werden Spannungen reduziert.

Hier sei noch unsere spezielle Milieuthérapie erklärt: Wir haben keinen Koch, keinen Putzdienst oder Gärtner angestellt, sondern unsere Patienten und Betreuer kochen zusammen und leben wie in einer Wohngemeinschaft. Der Alltag wird zusammen organisiert und gemeistert. Man kann so bei einer gemeinsamen, einfachen Tätigkeit eine gemeinsame Realität finden und nach und nach von der Psychose Abstand finden.

Das „weiche Zimmer“ haben sie bereits erwähnt bei der Behandlung von akuter Suizidalität. Wie sieht die Behandlung bei einer akuten Psychose aus?

Hier wird das Konzept vom Being-With angewendet, welches ich bereits vorher erwähnt habe. Diese

Patienten im weichen Zimmer nehmen nicht an der Behandlungskonferenz oder an anderen Aktivitäten im Haus teil, sondern werden einmal am Tag vom Arzt besucht, um die Medikamente anzupassen. Die Patienten im weichen Zimmer verwenden Mobiltelefone, Laptops und Internet nur in geringen, individuell abgestimmten „Dosen“ und nehmen nicht am gemeinsamen Essen teil. Ziel ist es eine möglichst reizarme Umgebung zu schaffen und dennoch eine ständige Begleitung anzubieten. Die betreuende Person ist wie ein Resonanzkasten und nimmt auf was der Patient spürt. Es werden nicht aktiv Gespräche geführt, sondern der Betreuer ist da zur Beruhigung, gibt ein Gefühl von Sicherheit und Vertrauen. Die Patienten sind meist zwischen 1-10 Tagen im weichen Zimmer, selten länger. Nach spätestens 10 Tagen sollten sie langsam beginnen sich im Alltag zu orientieren, da es sonst zu einer zu starken Regression kommen kann.

Sie haben bereits erwähnt, dass Sie geringere Dosierungen bei der Medikation verwenden. Mit welchen Antipsychotika arbeiten Sie?

Wir verwenden eine 10-15% geringere Antipsychotikadosierung. Dies ist möglich durch die reizarme Umgebung, die Milieuthérapie und das Beziehungsangebot. Auch werden Stimmungsstabilisatoren, Antidepressiva und selten Stimulantien, bei einer ADHS-Komorbidität, verwendet. Stimulantien sind jedoch äusserst selten indiziert, da sie auch zu einer vermehrten Dopaminausschüttung führen und man somit zwei gegensätzlich wirkenden Medikamenten arbeitet. Zusätzlich werden bei stärkeren Angstzuständen auch Benzodiazepine bei Bedarf verwendet. Wir verwenden vor allem die neuen Antipsychotika wie Aripiprazol, Quetiapin. Olanzapin verwende ich ungern wegen der negativen Wirkungen auf den Stoffwechsel. Risperidon führt ab 2-3 mg zu extrapyramidalen Störungen. Selten verwenden wir auch Clozapin, oder niedrig dosiert Haloperidol bei starker Positivsymptomatik.

In der Soteria wird mit den Patienten eine Behandlungskonferenz durchgeführt. Hat der Patient auch dort ein Mitspracherecht?

Ja, sicher haben die Patienten ein Mitspracherecht, wir arbeiten demokratisch und partizipativ. Der Prozess für die Behandlungskonferenz beginnt am Sonntagabend. Mithilfe eines Formulars beschreiben die Patienten (unterstützt von den Betreuern) ihr Befinden, ihre kurz-, mittel- und langfristigen Ziele. Diese werden am Mittwoch in der Behandlungskonferenz während ca. 30 min besprochen und die weiteren Schritte zusammen geplant. Man kann in der Psychiatrie die Patienten immer „erpressen“ Medikamente einzunehmen, jedoch führt dies am Ziel vorbei. Die Patienten treten aus und setzen das Medikament wieder ab. Man soll den Patienten erklären, aus welchem Grund man dieses und jenes Medikament geben möchte. Wurde vorher Beziehungsarbeit geleistet werden die Patienten eher darauf eingehen, da sie Vertrauen haben. Patienten, die selbst von der Notwendigkeit eines Medikaments überzeugt sind, setzen dies meist nicht sofort nach Austritt wieder ab. Falls Patienten dauerhaft keine Medikamente einnehmen wollen, diese aus Sicht des Behandlungsteams aber nötig sind, muss man den Patienten nach einer gewissen Zeit erklären, dass es vielleicht keinen Sinn macht, wenn sie in der Soteria bleiben und jemandem der behandelt werden möchte den Platz wegnehmen. Der Patient kann dann gehen und jederzeit wiederkommen, wenn er seine Meinung geändert hat.

Wie sieht der Krankheitsverlauf der Patienten aus? Haben die geringeren Dosierungen und der integrierte Ansatz eine positive Auswirkung auf den Verlauf?

Da in der Soteria vor allem junge Patienten mit einem integrierenden Ansatz behandelt werden gibt es oft gute Erfolge. Auch bietet die Soteria eine „Cannabis und Psychose“ Gruppe an. Chronifizierung kann häufig vermieden werden, jedoch gilt bei Schizophrenie die sog. „Drittelregel“: 1/3 verläuft chronisch, 1/3 episodisch mit (zunehmendem) Residuum, 1/3 episodisch mit weitgehender Remission. Die Soteria Bern hat bezüglich der Symptome dieselben Outcomes wie andere Psychiatrien, jedoch haben die Patienten ein etwas besseres psychosoziales Funktionsniveau.

Was hätten Sie für Tipps an angehende Ärzte im Umgang mit Personen mit akuten Psychosen?

Nehmen Sie sich viel Zeit und zeigen Sie Interesse! Probieren Sie, die Welt mit den Augen des Patienten zu sehen und in seinen Schuhen zu gehen, dadurch werden sie empathisch handeln können. Man soll nicht gegen den Wahn diskutieren, aber kann sachlich erläutern wie man die Situation sieht und dass der Patient die Situation anders sieht. Wichtige Aspekte sind Vertrauen zum Patienten aufbauen, Respekt und Interesse zeigen, sich Zeit nehmen und natürlich Wissen. Lesen Sie Bücher mit Erfahrungsberichten von schizophrenen Patienten. Lesen Sie die Lehrbücher, lernen sie Psychopathologie – und nicht nur die ICD 10 Kriterien.

Was hätten Sie für Tipps im Umgang mit Zwangsmassnahmen?

Man sollte Zwangsmassnahmen auf ein Minimum reduzieren und falls es zur Anwendung solcher kommt, diese mit Respekt und Menschenwürde durchführen. Man sollte sich dem Druck widersetzen, etwas zwingend vor Schichtende oder vor dem Wochenende machen zu müssen. Nach einer Zwangsmassnahme ist eine Aufarbeitung zusammen mit dem Patienten durch den Oberarzt oder zumindest durch den Assistenzarzt sehr wichtig. Man soll mit dem Patient reden und erklären wieso diese Zwangsmassnahme durchgeführt wurde und klären, wie man dies in Zukunft verhindern kann. Wichtig ist zum Beispiel eine Behandlungsvereinbarung mit dem Patienten zu treffen, dies wird in der Psychiatrie noch viel zu selten gemacht. Patienten haben häufig Erfahrungen mit diversen Medikamenten gemacht und können einschätzen welche Ihnen guttun. Sie sind der Experte ihrer Krankheit. Gibt man ihnen ein ungeliebtes Medikament werden sie dies nur unter Zwang einnehmen, hingegen eines das sie kennen und gut tragen, nehmen sie möglicherweise freiwillig ein. Auch sollte man Vertrauenspersonen in die Behandlung miteinbeziehen.

Annik Steimer

Warum nicht Medizin?

Nur weil als Studierende noch alles «so weit weg» erscheint, darf man vor den negativen Aspekten der Medizin die Augen nicht verschliessen. In einem Versuch genau dieser Problematik Raum zu geben, drehen wir unsere Rubrik «Warum Medizin?» um und schaffen so die Möglichkeit für eine Assistenzärztin, ihre Sorgen und Kritik zu teilen.

Assistenzärztin Gynäkologie/Geburtshilfe

Die Wissenschaft der Medizin ist ein altes, ruhmträchtiges Studium, welches schon seit über 150 Jahren besteht. Während das Medizinstudium in seiner Länge von sechs Jahren gleich geblieben ist, haben sich die medizinischen Erkenntnisse vervielfacht und damit den Arztberuf stark verändert.

Heute ist unsere Gesellschaft (und so auch ich) mit dem Selbstverständnis aufgewachsen, dass alles von uns gesteuert und beeinflusst werden kann. Mit unseren umfassenden medizinischen Erkenntnissen sind ein früher Todesfall, eine Todgeburt oder andere Schicksalsschläge (glücklicherweise) derart selten geworden, dass sie nicht mehr als Teil unseres Lebens gesehen werden. Uns wurde nicht gelehrt damit umzugehen und damit weiterzuleben. Vielmehr wird im Falle eines solchen Schicksalsschlages das Geschehene hinterfragt und nach Ursachen gesucht. Schuldzuweisungen an die Verantwortlichen werden ausgesprochen – vom Patienten selbst, von Angehörigen, möglicherweise mit juristischer Unterstützung. Der Arzt ist vom „Gott in weiss“, der früher im glücklichen Fall einen Tod verhindern konnte, zum potenziellen Täter geworden. Als ÄrztIn muss man nicht nur mit Schuldzuweisungen, sondern auch mit möglichen Selbstzweifeln und Schuldgefühlen umgehen lernen, selbst wenn kein „Kunstfehler“ unterlief. Dies ist eine Last, welche bei jeder Entscheidung

vom Verantwortlichen getragen werden muss.

Bei Entscheidungen sind zudem nicht nur die medizinischen Faktoren sondern auch der Patientenwille, ethische sowie auch ökonomische Aspekte zu beachten. Dabei alle Interessen ausreichend zu berücksichtigen, ist manchmal die eigentliche „ärztliche Kunst“, und sich für eine Entscheidung zu rechtfertigen, sehr zeit- und energieaufwendig.

Sollte der äusserste Fall eintreten und man muss sich vor Gericht verantworten, ist eine gute Dokumentation unabdingbar, weshalb dafür viel Arbeitszeit aufgewendet wird. Umfragen zeigen, dass ein Assistenzarzt durchschnittlich nur 90 Minuten täglich am Patientenbett steht, und ca. zwei Drittel der Arbeitszeit mit administrativen Tätigkeiten unter anderem Dokumentation verbringt. Das ist weder wirtschaftlich noch medizinisch wünschenswert, und gehört nicht zu den Aufgaben, welche den Arztberuf attraktiv machen und wofür lange Arbeitszeiten und Schichtarbeit in Kauf genommen werden wollen. Gewiss ist es wichtig und richtig, dass Entscheidungen eines Arztes hinterfragt werden, doch diese Entwicklung hat ihren Preis. Während sich unser Berufsalltag durch die beschriebenen Veränderungen der Medizin in den letzten Jahrzehnten stark gewandelt hat, passen sich die Rahmenbedingungen unter denen ge-

arbeitet wird vergleichsweise zögerlich an. Während in anderen Berufen eine 42-Stunden Woche die Regel ist, wird die gesetzlich vorgeschriebene 50-Stundenwoche noch immer in über 50 Prozent der Assistenzarztstellen nicht eingehalten und - was viel schlimmer ist - weiterhin werden nicht alle gearbeiteten Überstunden erfasst. Das Abhängigkeitsverhältnis in der teilweise strenghierarchischen Organisation verunmöglicht eine offene Kommunikation und interne Lösungsfindungen. Im Übrigen führt dieses Abhängigkeitsgefälle auch dazu, dass nicht nur arbeitsrechtliche sondern auch medizinrechtliche Missstände über Jahrzehnte geduldet und nicht aufgedeckt werden (siehe diesjähriger Fall des ehemaligen Chefarztes der Gynäkologie am USZ). Wobei diesbezüglich je nach Fachgebiet und Spital grosse Unterschiede bestehen.

All diese Faktoren haben dazu geführt, dass trotz langer Ausbildung viele ÄrztInnen im Laufe der Jahre den Kittel an den Nagel hängen, obwohl ihnen der Beruf an sich gefallen würde. Um die Attraktivität des Berufs aufrecht zu erhalten und damit die medizinische Qualität unseres Gesundheitssystems nicht in Mitleidenschaft gezogen wird, ist die weitere Umstrukturierung des ärztlichen Berufes, sowie der Aus- und Weiterbildung auf längere Sicht unverzichtbar.

Im Gespräch mit Sophia Dyen

SPI TAL +



AM SCHLIMMSTE SIND D' LAUSANNER!!

SI CHÖNDS EIFACH NÖD DIE STUDENTE!!

ÄH, WAS MACHENER MIT DEM ZUG?

OH MEC! TOUJOURS LES ROMANDS!

PAARTY!

WIE GÖND DIE BLÖTERLI VS'Ä?

COVID STUDI TEAM

PROPA NOL

OPS

STUDI TEAM

APPLAUS!

TICINO

SORRY, KEINE BESUCHE, KEINE GESCHENKE! INFektions-GEFAHR!

zzz

zzz

zzz





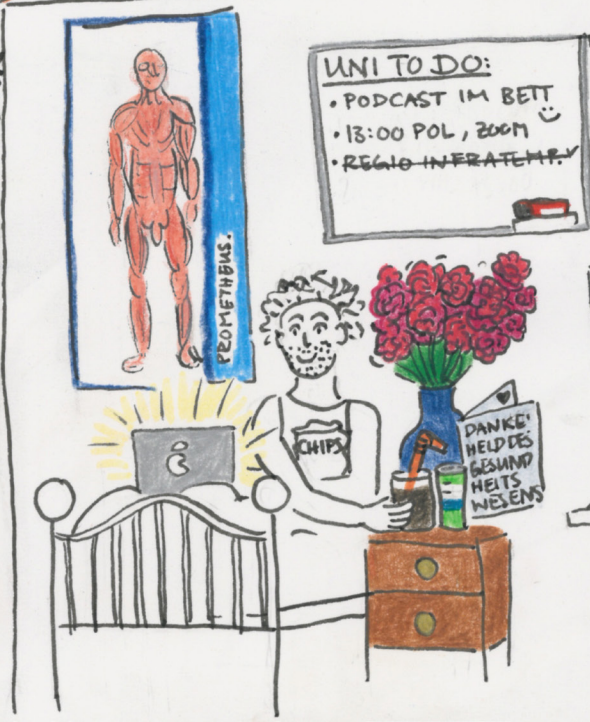
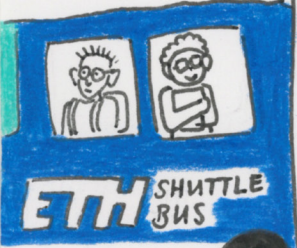
UNIVERSITÄT ZÜRICH IRCHEL



HAHAHAHAHAHA UND DANN
SÄGEMER EINFACH D'PRUEFUNG
BUBED GENAU GLICH OBWOLS ONLINE
SIND!



IT UZH



An vorderster Front gegen Corona

Es ist 15:00 Uhr. Ich sitze im selben Büro, in dem vor ein bis zwei Monaten noch täglich Sitzungen mit Updates und Weisungen zum Corona-Virus stattgefunden hatten. Jetzt erinnern nur noch die Atemschutzmasken sinnbildlich an die flaue Ungewissheit während dieser Zeit. Mir gegenüber sitzt KD Dr. med. Abraham Licht, Chefarzt im NotfallZentrum Hirslanden Zürich und Leiter des Ärztezentrums Sihlcity. Während der Corona Krise stand er in seiner Führungsposition auf dem Notfall an vorderster Front. Nun, da der Höhepunkt der Krise hinter uns liegt und in der Welt langsam aber sicher wieder Normalität einkehrt, lässt Dr. Licht zusammen mit dem Ziner die Herausforderungen der letzten drei bis vier Monate, die Höhen und Tiefen und auch die emotionalen Auswirkungen nochmal Revue passieren.

Wann hast Du das erste Mal von SARS CoV 2 gehört und was waren deine ersten Gedanken dazu?

Das weiss ich noch ziemlich genau. Ich war über Weihnachten/Neujahr im Tessin und dann habe ich das erste Mal davon gelesen, dass es da was geben soll in China. Das hat man dann mal so zur Kenntnis genommen und einfach wieder vergessen. Aber zwei bis drei Wochen später kamen dann doch die ersten Publikationen über Fallmeldungen, und in der letzten Januarwoche hatten wir dann bereits schon eine erste Sitzung gehalten. Zusammen mit der Spitalhygiene und der Pflege haben wir uns darüber unterhalten, ob das für uns relevant sein könnte.

Also doch schon im Januar? Damals dachten ja noch die meisten, inklusive mir, das sei alles nur ein Medienhype zu einer neuen Killerseuche.

Ja, der Enthusiasmus war damals sicherlich noch tief, von der Direktion hiess es auch, wir müssten uns vorerst nicht darum kümmern. Wir alle, inklusive mir, hatten das Ganze ein wenig beschmunzelt und hätten nie gedacht, dass es noch so bombastisch auf uns zukommen wird. Im Nachhinein habe ich öfter gedacht: „Wäre man damals doch schon etwas vorsichtiger gewesen und hätte bereits ein paar tausend Kittel und Masken bestellt...“, haben wir aber leider nicht gemacht.

Am 30. Januar, also kurz nach dieser Sitzung, wurde von der WHO die internationale Notlage ausgerufen. War das dann der Moment, wo ihr dachtet, jetzt müssen wir uns ernster damit befassen?

Ja, das ist so. Das ist tatsächlich genau der erste Moment gewesen. Wir haben damals das erste Mal ein Merkblatt erstellt. Ich hatte dafür die erste publizierte Studie aus dem Lancet hervorgehoben, um die Falldefini-

tion der Erkrankung zu formulieren. Wir haben dann versucht, die ersten teaminternen Guidelines für die Identifikation von Risikopersonen und den Umgang mit Isolation und Schutzmassnahmen zu formulieren. Wir hatten zu diesem Zeitpunkt ja noch keine Ahnung zum Infektionsweg, Tröpfchen, aerogen oder was auch immer. Wir orientierten uns dabei stark an den Vorlagen von Ebola und passten diese an. Mit den neuen Meldungen von der WHO und dem BAG aktualisierten wir diese Guidelines und das Merkblatt dann zuerst alle drei Tage und mit der Zeit dann auch täglich, da alle paar Stunden neue Erkenntnisse und Richtlinien publiziert wurden.

War diese Vorbereitung bereits ausgelegt auf die Möglichkeit einer Pandemie oder waren das vorerst erstmal Vorsichtsmassnahmen für mögliche Einzelfälle?

Ich wüsste nicht mehr das genaue Datum, aber sicher noch vor den Sportferien war unser Taskforce-Team bereits grösser, da war auch schon der Infektiologe Prof. Ruef dabei. Wir gingen aber lange noch davon aus, dass vielleicht mal ein Einzelner aus China kommen könnte. Aber so wie die Leute heutzutage reisen und wie es sich in Südchina und Shanghai entwickelte, machte sich doch schon eine Vorahnung breit, dass es bis zu uns kommen könnte.

Irgendwann wurde die Lage ernst. In Italien waren plötzlich die Spitäler überlastet und am 24. Februar verzeichnete auch die Schweiz ihren ersten Fall. Wie wirkte sich das auf dein emotionales Befinden aus und wie gingst Du mit dem Druck der wachsenden Verantwortung um?

Am Anfang war es noch entspannt. Irgendwann hat dann die Direktion gemerkt, dass es nicht nur noch den Notfall betrifft und es wurde eine

Sitzung mit 25 Leuten einberufen. Plötzlich wurde einem bewusst, wie viele Bereiche des Spitals und allgemein unseres Lebens davon betroffen sein könnten, für uns alle war dies ein Eye Opener: „Da kommt etwas, das möglicherweise einen riesigen Impact haben wird.“ Da hatte ich dann schon ein mulmiges Gefühl, wie sich das wohl in den nächsten Wochen entwickeln würde. Ein entscheidender Moment war ein Video im JAMA das von einem italienischen Intensivmediziner veröffentlicht wurde, der 30 Minuten lang erzählte, was bei denen in Italien abgeht. Das hat mich damals zutiefst beeindruckt. Ich habe dann am gleichen Abend der ganzen Direktion dieses Video geschickt und gesagt: „Wir müssen das Ganze jetzt äusserst ernst nehmen, und zwar beschleunigt ernst.“ Das hat mich dann auch über die nächsten Tage wachgehalten. Ich hatte das Gefühl, das könnte uns als Spital, die ganze Gesellschaft, aber auch meine Familie in Gefahr bringen.

Die Familie ist eben schon auch ein wichtiger Punkt. Diese macht sich bis heute Sorgen: „Was passiert, wenn ich mich anstecke, darf ich dann überhaupt zurück in die Familie?“, das mussten wir alles diskutieren und das war nicht ganz einfach. Wir sind zwar schon etwas härter erprobt, da ich damals zu SARS-CoV-1 Zeiten bereits in Toronto gearbeitet hatte, aber im Endeffekt war uns allen bewusst, dass das einfach Teil des Jobs ist.

Was waren denn die drei grössten Challenges in der folgenden Zeit?

Das Schwierigste war – als das Virus in der Schweiz war – dass wir wussten, dass es kommen würde und ich tatsächlich feststellen musste: „Es ist eine Katastrophe, wie die Schweiz vorbereitet ist.“. Ich konnte es nicht glauben. Ich habe schon einige Jahre im schweizerischen Gesundheitssystem verbracht und einige Up and Downs erlebt. Aber als mir bewusst wurde, dass wir keine Schutzkleider haben, keine Masken haben und ich noch die Bilder von Norditalien im Kopf hatte war klar: Da passiert etwas, was nicht passieren dürfte. Ich hatte Sorgen, dass sich die Mitarbeiter, das Team auf dem Notfall anstecken würde, einfach weil wir nicht gut genug vorbereitet waren. Da nützt es auch nichts, dass die ganze Schweiz schlecht vorbereitet war, denn die Verantwortung für das Team liegt dann schlussendlich doch bei mir. Das war sicher das Schwierigste am Ganzen.

Das Zweite war die Situation zu Hause: Meine Familie wusste, dass ich mich nicht adäquat schützen kann, aber trotzdem Patienten betreuen werde. Da sind dann schon Ängste bei mir und der Familie entstanden... Am Tisch zu Hause habe ich einen anderen Sitzplatz bekommen, der weiter weg ist von allen [lacht]. Eine Verunsicherung bezüglich meines Ansteckungsrisikos war deutlich

spürbar und das hat mich schon ein wenig belastet. Ist aber wie gesagt „part of the job“ und ich würde das heute nicht anders machen.

Und das Dritte: Wir mussten innerhalb von kürzester Zeit im Grunde das Spital umbauen. Wo können wir Beatmungsplätze aufbauen, wie lange können wir noch welche Operationen laufen lassen, wann ist es nicht mehr verantwortbar. Auch wirtschaftlich mussten viele schwierige Diskussionen geführt und Entscheidungen getroffen werden. Da ein Gleichgewicht zu finden, bei dem man nicht zu früh auf die Bremsen tritt aber auch trotzdem nicht zu spät reagiert, war enorm schwierig. Ich glaube nicht, dass wir alles richtig gemacht haben, aber im Grossen und Ganzen ist es doch gut gegangen. Von aussen merkt man das gar nicht, aber wir hatten tägliche Krisensitzungen. Also inklusive samstags und sonntags. Täglicher Austausch mit anderen Spitälern, Telefonkonferenzen, WhatsApp Chats. Der Hilfseinsatz der Studierenden musste organisiert werden. Ungefähr Mitte März hatte ich dann meiner Frau mal im Vorbeigehen gesagt: „So viel wie jetzt habe ich noch nie in meinem Leben gearbeitet“. Parallel lief noch die Organisation meiner Praxis. Dort hatten wir 5 MPAs, die parallel über 5 Tage 85% der Termine abgesagt haben. Das tut dann auch weh. Man hat eine Praxis mit wirklich hohen Fixkosten und dann muss man 5 MPAs beschäftigen, deren einziger Job es ist, den wirtschaftlichen Boden der Praxis „weg zu organisieren“, für Geld [lacht].

Ich muss trotzdem sagen - und das jetzt ohne schleimen zu wollen - ich habe ja während der Krise bei euch hier auf dem Notfall als Unterassistent gearbeitet. Und für mich warst Du während dieser Zeit ein Fels in der Brandung und ich hatte den Eindruck, Du hättest immer die volle Kontrolle über die Situation. Dadurch war unser gesamtes Team immer relativ entspannt. Wie hast Du es geschafft, nach aussen immer die Ruhe zu bewahren?

Ehrlich gesagt: Ich hatte schon immer das Gefühl: „Wir werden das schaffen“. Wir hatten das grosse Glück, dass wir 3-4 Wochen denen voraus sind, die es als Erste erwischt



Dr. Abraham Licht - Chefarzt im Notfallzentrum, Hirslanden Zürich und Leiter des Ärztezentrum's Sihlcity

„Ich blicke gerne dahinter –
deswegen habe ich mich für
die Psychiatrie entschieden.“

Mariella Heiligers, Unterassistentin



Auf dem Weg zum Master of Medicine

Die Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland (ipw) ist Lehrspital der Medizinischen Fakultät der Universität Zürich und anerkannte Bildungsstätte. Medizinstudierenden bieten wir einen umfassenden Einblick in das Fachgebiet der Psychiatrie und Psychotherapie:

- Unterassistentenstellen während Wahlstudienjahr
- Schnupperpraktika während Medizinstudium

Ihre Vorteile

- Kennenlernen aller psychiatrischen Störungsbilder
- Einüben psychiatrischer Abklärungen und Beurteilungen
- Aneignen von Behandlungstechniken
- Teilnehmen an internen Weiterbildungen
- Individuelles Teaching
- Grosszügige Entschädigung

Wir fördern Ihre Laufbahn und legen Wert darauf, Ihnen Wissen und Erfahrung mitzugeben. Auch betreuen wir Sie bei Dissertationen und Masterarbeiten.

hatte. Das mal vorweg. Zweitens haben Prof. Ruef (Infektiologe im Haus) und ich sehr viel zusammengearbeitet und man hatte mit der Zeit gemerkt, dass es doch voran geht. Die ersten Masken konnte man auftreiben, die Sorgen und Anfragen wurden ernst genommen. Die ganze Schweiz hat plötzlich besser und effizienter funktioniert und das hat mir alles schon viel Vertrauen gegeben.

Meine Aufgabe war es ja, Direktiven aufzustellen, dass die Leute sich daran orientieren können und gut informiert sind. Die Informationspolitik ist mit Abstand das Wichtigste in einer solchen Situation. Auch zu sagen, was wir alles nicht wissen, ist mindestens so wichtig, wie das, was wir wissen. In der Führungsposition liegt es dann an mir, mich hinzustellen und zu sagen „Ich glaub so machen wir es, so könnte es funktionieren“. Das ist auch medizinisch oft meine Aufgabe und ich mache das auch gerne. Ich sage das jetzt auch etwas plump und es klingt etwas komisch aber die Krise hat mir persönlich eigentlich sehr gefallen [lacht]. Das darf man natürlich nicht falsch verstehen, Du weisst was ich meine. Ich war bis spät in die Nacht am Paper lesen, Sachen schreiben, organisieren und war am Morgen trotzdem topfit.

Das ist dann wahrscheinlich die masochistische Ader bei uns Mediziner.

[Lacht] Ja, leicht. Ich habe immer gern neue Challenges und das hat jetzt mein primäres Gebiet betroffen und dadurch wurden Energien frei, die in der Routine halt etwas unter gehen.

Hattest Du auch Selbstzweifel? Und wie bist Du damit umgegangen?

Selbstzweifel ja... ist vielleicht das falsche Wort. Zweifel gab es vor allem am Anfang bei der Problematik mit dem Schutzmaterial. Das hat uns schon zu Denken gegeben.

Einen lustigen Punkt gab es aber auch, der jetzt am Schluss sogar etwas eingetreten ist. Irgendwann wurde uns bewusst: „Das Schlimmste, was passieren kann, ist, dass es das Virus gar nicht bis zu uns schafft“. Wir haben so viel gemacht, so viele Strukturen angepasst, Ferien gestrichen, die Leute mitgenommen auf diesen Weg und das ist ein bisschen so, wie wenn man täglich für einen Sportevent trainiert und dann findet es einfach nicht statt.

Also wie jetzt mit Olympia?

Ja genau. [lacht] Was passiert eigentlich, wenn es gar keine CV19 Kranken in der Deutschschweiz geben würde? Ich war dann auch fast erleichtert, als ich gehört habe, dass die Prognosen eintraten und die ersten Kranken im Tessin aufgenommen wurden. Also nicht falsch verstehen. Wir waren ja auch im Austausch mit dem Tessin und dort hat man gesehen, dass man zwar ausgelastet ist, aber man kommt damit klar, die managen das dort. Das hat mir dann Vertrauen gegeben, das wir es auch schaffen würden.

Aber wenn „die Welle“ gar nicht kommen würde, dann werden die Leute einem nie mehr etwas glauben. Die werden sagen „jetzt habt ihr unser Gesundheitssystem in den Boden geritten und das eigentlich für nichts“. So ist es dann nicht gekommen. Die Schweiz hat es geschafft mit den Lock Down Massnahmen den grossen Ansturm doch noch zu verhindern. Da muss man schon sagen, dass die Vorbereitungen der Spitäler, gerade in der Deutschschweiz, mittlerweile sehr sehr gut waren.

Das ist ja dann schlussendlich auch das Paradox, das eingetreten ist, dass man so viele Massnahmen trifft, die dann wirken und die Welle verhindern können und am Schluss heisst es dann „Bill Gates und die Echsenmenschen hätten sich das ausgedacht“ oder so.

Ja, das hat dann wieder weh getan. Am Anfang, mit dem Klatschen der Bevölkerung, da hatte ich schon fast ein schlechtes Gewissen. Für was klatschen die denn? Wir sind jetzt hier auf dem Notfall und haben so wenige Patienten wie noch nie. Trotzdem, der Spirit der Leute, dass sie erkannt hatten „die haben jetzt wahnsinnig viel gemacht, damit es uns allen am Schluss nicht so schlecht geht“, den fand ich schon schön. Mit der Zeit hatte sich dies dann gewandelt, die wirtschaftlichen Meinungen wurden immer stärker, Lockerungen wurden gefordert und diverse Verschwörungstheorien machten sich breit. Plötzlich schien nichts mehr richtig und alles wurde in Frage gestellt. Ich fragte mich häufig, verlieren wir nun alles Gewonnene? Trotzdem habe ich in dieser Zeit sehr häufig das Gute im Menschen sehen dürfen. Die (wenigen) negativen Erlebnisse und

manchmal destruktiven Aussagen haben oft sehr geschmerzt.

Noch eine abschliessende Frage: Wie hast Du dich als Mensch, Arzt und Chefarzt aufgrund dieser Krise verändert und welche Lektionen hast Du für den Beruf, aber auch fürs Leben mitnehmen können?

Da gibt es ein paar Punkte: Erstens, in der Praxis hatte ich es ja viel ruhiger, viel mehr Zeit für jeden Patienten. Aber auch allgemein: Dieser deutlich ruhigere Rhythmus, auch im Privatleben, den fand ich äusserst angenehm. In der Familie haben wir das sehr gemossen. Wir waren immer zu Hause, es war klar, dass man nicht ausgeht, nicht ins Kino, nicht ins Restaurant. Es ging um Sachen wie „wer kocht heute“, „wann essen wir zusammen“, „was könnten wir zusammen unternehmen“. Dadurch haben wir viel Zeit als Familie verbringen können, viel geredet und viel gelacht. Das war natürlich gewissermassen etwas artifiziell und wird so nicht bleiben, aber es war trotzdem schön und etwas von dieser Ruhe sollte man sich in die neue alte Zeit retten können.

Hier im Spital haben mich die ganz einfachen Dinge begeistert. Normalerweise wartet man eine Woche für eine Anfrage bei der IT. Während der Krise hat man dort angerufen und zwei Stunden später war das Problem behoben. Berührt hat mich beispielsweise der Küchenchef, der angeboten hatte, das Essen bei Stress an der Front, in die Büros runterzubringen. Allgemein haben sehr viele Leute aktiv versucht zu helfen und ihren Teil beizutragen. Auch den Einsatz der Studierenden habe ich super geschätzt, war auch beeindruckt, wie viele sich gemeldet hatten. Eine der schönsten Episoden war für mich, als die Schulthess Klinik, eigentlich unsere Konkurrenz, plötzlich von sich aus vor unserer Tür stand und uns 8 Beatmungsgeräte rübergebracht hatte. Das war sehr eindrücklich.

Es gab viele solche menschlich positiven Momente und es war schön zu erleben, dass in Krisensituationen die Leute wirklich über sich hinauswachsen. Ob ich jetzt ein anderer Arzt sein werde... Ich denke jedes Erlebnis prägt uns irgendwo und gibt uns etwas mit. Diese Zeit war ein Challenge für uns alle, hat uns aber sicher weitergebracht. Sowohl organisatorisch aber vor allem auch menschlich.

Dmitrij Marchukov



Schweizerische Gesellschaft für Psychoanalyse (SGPsa)

Freud-Institut Zürich (FIZ)

POSTGRADUALE WEITERBILDUNG IN PSYCHOANALYTISCHER PSYCHOTHERAPIE

Die postgraduale Weiterbildung in psychoanalytischer Psychotherapie führt für Psychologinnen und Psychologen zum eidgenössisch anerkannten Weiterbildungstitel in Psychotherapie und damit zur kantonalen Praxisbewilligung und für Ärztinnen und Ärzte zum Erwerb des **Facharztstitels in Psychiatrie und Psychotherapie FMH**. Die Weiterbildung dauert für Psychologen vier, für **Ärzte drei Jahre**.

Dozentinnen und Dozenten	Lehrerfahrene Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytiker SGPsa / IPA
Kurstage und Kursort	Jeweils Montagabend von 19.30–21.00 Uhr am Freud-Institut Zürich (ausgenommen Stadtzürcher Schulferien)
Beginn der Weiterbildung	Zu Beginn jeden Semesters: 19. Oktober 2020 , 12. April 2021
Informationsabende	26. August 2020 , 20. Januar 2021, 30. Juni 2021
Anmeldeschluss	1. September bzw. 1. März jeden Jahres

Weitere Angebote des Freud-Instituts Zürich

- Ausbildung: zur Psychoanalytikerin und zum Psychoanalytiker SGPsa / IPA
- Seminar: fortlaufende theoretische und klinische Seminare (zur Zeit als webinar)
- Öffentliche Vorträge: *Internal racism* mit Fakhry Davids (London), 11. September 2020 (webinar)
On the dark side, Joseph Sandler Research Conference 2020, 2.- 4. Oktober 2020 (University of Lausanne)
Freuds Schrift «Massenpsychologie und Ich-Analyse» – 100 Jahre danach, 9. Januar 2021 (in Zürich)
- Tagung:

EINE VERANSTALTUNG DES FREUD-INSTITUTS ZÜRICH (FIZ) IN KOOPERATION MIT DEM
STUDENTISCHEN FORUM FÜR PSYCHOANALYSE (SFPA) AN DER UNIVERSITÄT ZÜRICH

VORTRAG PHANTASIEN UND REAL ERLEBTES IN KINDERANALYSEN

28.10.2020 UNI ZÜRICH
19:30 – 21:00 Uhr

VERA HORTIG, LIC. PHIL., ZÜRICH

VORTRAG DER INNERPSYCHISCHE KONFLIKT

25.11.2020 UNI ZÜRICH
19:30 – 21:00 Uhr

CHARLES MENDES DE LEON, DR. MED., ZÜRICH

DETAILS UND HÖRSAAL: UNTER WWW.FREUD-INSTITUT.CH | WWW.SFPA-UZH.CH



5th EUROPEAN
PSYCHOANALYTIC
CONFERENCE FOR
UNIVERSITY STUDENTS



GENERAL INFORMATION

This conference is of interest for university students and recent graduates, especially in medicine, psychology and other cultural or language sciences.

All presentations will be online, and in English.

Costs: 25 €

Registration and information: www.epf-fep.eu

Drei Jahre Medizin an der ETH

Top oder Flop?

Es ist so weit. Die erste Kohorte Medizin-studierender ist durch das neue Studium an der ETH durchgerauscht. 100 tapfere Versuchskaninchen/PionierInnen/TestpilotInnen traten damals im September 2017 ihr Studium an, rund 80 Köpfe treten mit einem BSc Humanmedizin wieder aus der ETH aus. Dazwischen ist viel geschehen: Zahlreiche Studieninfoanlässe, geglückte und misslungene Fächer-Designs, verschobene Praktika und zuallerletzt: COVID-19.

Bevor ich nun mein Studium an der USI in Lugano weiterführe, wird es Zeit für einen kurzen Rückblick. Ist das Experiment gelungen? Werde ich ein besserer Forscher als Arzt? Bin ich jetzt ein Technik-Guru geworden? Bin ich überzeugt, dass AI-Anwendungen uns Ärzte und Ärztinnen in Zukunft ersetzen werden? Wie gut bin ich auf die Klinik vorbereitet? Würde ich wieder an der ETH studieren?

In der vorletzten Ausgabe des Ziners stellte ich mich auf ironische Weise fiktiven Fragen, die mir in abgeschwächter Form aber bereits begegnet waren, indem ich sie überspitzt beantwortete. Nun wird es Zeit, dass ich mir selbst diese Fragen stelle und beantworte. Vorab möchte ich erwähnen, dass dieser Text einzig meine eigene Meinung widerspiegelt und ich – zum Glück – bei weitem nicht repräsentativ für unseren ganzen Studiengang bin.

Let's get the facts straight

Von 100 Studierenden der ersten Kohorte zu Beginn des Herbstsemesters 2017 sind jetzt noch etwas mehr als 80 übrig. Dies sind mehr als die zu Beginn prophezeiten 10%

Ausfälle, die man erwartet hat, und die Gründe dafür sind mannigfaltig. Ich würde aber nicht behaupten, dass dies daran liegt, dass das Studium schwerer ist als angenommen oder dass Leute absichtlich (wie sonst an der ETH etwas üblicher) „rausgegausst“ wurden. Von diesen rund 80 Studierenden führen jetzt 20 ihr Studium an der UZH, 20 an der Universität Basel und etwa 40 an der Università della Svizzera italiana (USI) in Lugano fort. Die Einteilung geschah analog den Kriterien für den EMS, sprich zuerst wurden persönliche Gründe geltend gemacht (Familie, Schwangerschaft, finanzielle Notlage, Gesundheit etc.). Danach wurden die übrigen Plätze den Prioritäten der Studierenden nach verteilt, wobei diejenigen mit Steuermotiv im Kanton der Partneruni Vorrang hatten, bevor dann der Rest per Notenschnitt verteilt wurde. Wurden somit einzelne gegen ihren Willen nach Lugano verteilt? Ja. Ich habe mich freiwillig für das Studium an der USI entschieden, obwohl ich Zürcher bin, dementsprechend kann ich nicht für die anderen sprechen. Ich als Zürcher war mir aber während meiner ganzen Zeit an der ETH meines Privilegs bewusst, dass ich eigentlich eine freie Wahl zwischen Zürich und Lugano hatte.

Was hat mir am Studium an der ETH besonders gefallen?

Es gibt viele Dinge, die mir am Studium an der ETH gefallen haben. Kein Wunder, würde ich mich heute bei der Einteilung der Prioritäten bei der EMS-Anmeldung genau gleich entscheiden. Allen voran war da die Klassengrösse – und ich spreche bewusst von Klasse. Mit nur hundert Studierenden und dem sehr interaktiven Unterrichtscharakter an der ETH unterschied sich für mich das Studi-

um oft nicht sehr vom Unterricht an meiner Kanti. Klar, es sind grössere Zimmer, mehr Leute etc., aber ich kannte immer die Namen der Anderen. Wenn man bei uns in der Pause reinschaute, konnte man oft zahlreichen Gruppen beim Tichuspielen sehen und generell glaube ich auch, dass dieser Status als Versuchskaninchen/PionierInnen/TestpilotInnen uns sehr zusammengeschweisst hat. Diese kleine Gruppe sorgt auch dafür, dass der Dialog mit den Dozierenden viel intensiver ist, man näher an ihnen dran ist und auch das Fragenstellen während der Vorlesung etwas gern und häufig Gesehenes ist. Die kleine Grösse erlaubte auch, sich bei den vielen Gruppenarbeiten immer wohlfühlen und ermöglichte so stets effiziente und effektive Teamarbeit.

Des Weiteren habe ich mich sehr über die verstärkte Vertiefung naturwissenschaftlicher Kenntnisse gefreut. Natürlich habe ich mich einige Male gefragt, wozu ich Programmieren lernen, Vektorprodukte und Differentialgleichungen ausrechnen oder Machine Learning Algorithmen zu verstehen versuchen muss. Ich wage aber zu behaupten, dass ich jetzt nach diesen drei Jahren für fast alles irgendwo eine Anwendung gefunden habe. Vor allem unser vertieftes statistisches Wissen durfte ich gerade vor kurzem in meinem Forschungspraktikum anwenden und war sehr froh über jede Vorlesung und jedes bisschen R und Python, welches wir gelernt hatten.

Zudem spricht mich persönlich auch das Design des Curriculums an. Während die UZH die strenge Trennung zwischen Vorklinik und Klinik kennt, wurde das an der ETH komplett aufgeweicht. Der Einstieg im ersten Semester mit Anatomie,

Physiologie und Klinik zum Bewegungsapparat und Nervensystem war krass und ein Sprung ins kalte Wasser. Nichtsdestotrotz könnte ich mir heute nicht mehr vorstellen, mich mühsam zwei Jahre lang durch die vergleichsweise «trockene» Anatomie zu kämpfen, bevor ich etwas über die für mich spannenderen klinischen und pathologischen Aspekte erfahre.

Ferner will ich auch die spannenden Wochenkurse an den verschiedenen Kliniken nicht missen. Generell wurde die Implementation klinischer Aspekte mit der Zeit immer besser und vor allem das Fach „Vom Symptom zur Diagnose“ im zweiten Studienjahr entfachte mein Interesse fürs Studium neu. In diesem Fach hatten wir so viel Verschiedenes gelernt – wie viel wurde mir erst im Nachhinein wirklich bewusst. Zudem wurde auch viel Wert auf Interprofessionalität gelegt und Teamwork durch gemeinsame Kurse mit Hebammen und Pflegenden vorgelebt. Zu guter Letzt möchte ich auch das

Studieren an der ETH an sich, unabhängig vom Studiengang, hervorheben. Ich glaube, die ETH hat eine in der Schweiz einzigartige Kultur von Fachvereinen, Organisationen und Events, welche die Studierfahrung definitiv upgraden. Wir haben es inzwischen auch geschafft, mithilfe des HeaTs (dem Fachverein der GesundheitswissenschaftlerInnen) einen eigenen Fachverein, die mesa, zu gründen, mit regelmässigen Events, Fileshare und Tauschbörse. Auch der von vielen gefürchtete Lern-Sommer (da die Prüfungen erst im August sind) ist für mich ein positiver Aspekt, da er es mir erlaubt hatte, während des Semesters das Studium etwas relaxter anzugehen. Im Sommer hatte ich ja jeweils genug Zeit, mich komplett in die Materie hineinzuknien. Während der schönen Sommertage, der WM oder beim Durchscrollen aller Ferienbilder und -stories von Freunden auf Instagram an anderen Unis habe ich diese Entscheidung oft hinterfragt und verflucht, aber retrospektiv bin ich doch froh darüber.

Was hat mir am Studium an der ETH missfallen? Was könnte man besser machen?

Es fallen mir nicht viele Dinge ein, die ich wirklich überhaupt nicht gemocht habe. Klar, es gab teilweise kurzfristige Anpassungen – zum Beispiel wurde einmal ein Praktikum in unsere Osterferien-Woche geschoben – die echt nicht sehr cool waren. Ich wage aber zu behaupten, dass die Kommunikation dieser Anpassungen, nicht zuletzt jetzt während der COVID-19-Pandemie, gut und angemessen war; die Gründe wurden erklärt und auf allfällige Probleme eingegangen.

Was hat sich inzwischen schon am Studiengang geändert? Wie ist die Prognose für die Zukunft?

Inzwischen wurden auch viele Änderungen implementiert. So wurden zum Beispiel einzelne Fächer im Curriculum herumgeschoben, Themata gestrichen oder neu implementiert. So wurde zum Beispiel das



Teste AMBOSS 14 Tage kostenfrei

go.amboss.com/studium-zuerich

Dein Freischaltcode: **ZUERICH-H20**

Code einlösbar bis zum 31.10.2020



Medizinwissen immer und überall griffbereit –
auch offline mit den AMBOSS-Apps.





Fach Pharmazie vom ersten Semester ins zweite geschoben und auch die Gewichtungen der Fächer im zweiten Studienjahr (welche auch relevant sind für die Zuteilung der Masterplätze) wurden angepasst, um nur zwei Beispiele zu nennen. Ich bin sehr gespannt auf die Schilderungen meiner KommilitonInnen in den unteren Jahrgängen, die diese Anpassungen nun testen.

Generell ist das auch ein sehr positiver Aspekt an unserem Studium: Man merkte stets, dass die Studiengangs-Administration durchaus offen für Feedback ist und dies oft auch von sich aus einholt.

Zusammengefasst denke ich, dass ich etwas mehr Wahlmöglichkeiten geschätzt hätte. In einzelnen Fächern langweilte ich mich doch sehr stark, während andere für mich zu kurz kamen. Ich sehe aber ein, dass dies das Design des Studiums extrem verkompliziert hätte und das vielleicht ein Trade-off des Versuchskaninchens/PionierInnen/TestpilotInnen-Daseins ist. Ich bin gespannt, was sich da in Zukunft vielleicht noch machen lässt. Sicher ist, dass das Studium auch nach der fünfjährigen Pilotphase noch nicht durchoptimiert sein wird, aber welches Studium ist das schon?

Kann die ETH ihre Versprechen halten?

Schon bevor ich mein Studium antrat, wurden grosse Reden geschwungen und viele Versprechen gemacht. Wir seien die Ärzte und Ärztinnen von Morgen, top-ausgebildet mit einem Flair für Forschung und Klinik. Wir würden unsere Fertigkeiten in vielen praktischen Kursen trainieren und nicht nur alles, was man bis jetzt unter einem Bachelor Humanmedizin verstehe,

können, sondern zudem innovative Aspekte meistern, welche die Medizin von Morgen betreffen.

Natürlich ist vieles davon üblicher Marketing-Speech. Es ist auch schade, dass genau das interaktivste und vielleicht gewagteste sechste Semester dem Corona-Virus unterlegen ist. Ich glaube, diese Frage kann man dann erst richtig beantworten, wenn wir unser Staatsexamen erlangen werden. Vor allem der bevorstehende Übergang an die Partnerunis und auch der Vergleich zwischen den ETH-AbsolventInnen an den verschiedenen Partnerunis wird für alle Beteiligten sehr spannend sein. Mein Bauchgefühl sagt mir, dass es vielversprechend aussieht und ich mache mir keine Sorgen über diesen Transfer. Dennoch bin ich sehr gespannt auf das, was mir und uns noch bevorsteht. Ich darf ja meine Rolle als Versuchskaninchen/PionierInnen/TestpilotInnen zusammen mit anderen an der USI weiterspielen.

Wem würdest du die ETH empfehlen und wem nicht?

Ich glaube nicht, dass ich da eine definitive Antwort geben kann – und eigentlich will ich es auch nicht. Zu viel hängt von persönlichen Interessen und Vorlieben ab. Zudem ist die Anpassungsfähigkeit des Menschen so gross, dass ich glaube, motivierte und überzeugte Studierende können fast jede Situation meistern.

Die ETH ist sicher nicht die beste Wahl für diejenigen, die keine Lust auf die naturwissenschaftlich-technische Komponente haben. Ich sage nicht, dass das Studium für diese Personen eine Qual und unmöglich wird. Aber es gibt passendere Alternativen. Mathematik, Physik und Informatik sprechen eben nicht alle gleichermassen an. Trotzdem will

ich grundsätzlich alle Unentschlossenen ermutigen, den Schritt zu wagen – vielleicht lösen diese Fächer eine neue, bis anhin unbekannte Faszination aus. Keine Empfehlung für den ETH-Studiengang aussprechen würde ich denjenigen, die Ferien und nicht so volle Stundenpläne schätzen und die einen bereits etablierten Studiengang bevorzugen – sie werden sich wahrscheinlich woanders wohler fühlen.

Für wen eignet sich der Studiengang also? Er ist für Studierende, die ein persönliches Umfeld bevorzugen, all ihre Mitstudierenden kennen möchten und sich nicht davor scheuen, den Dozierenden Fragen zu stellen. Er ist für all jene, die gerne das Studierendenleben an der ETH geniessen und Teamwork und klinisches Wissen früh im Studium lernen und leben wollen. Zu guter Letzt möchte ich denjenigen, die eine Faszination für die naturwissenschaftliche und technische Komponente der Medizin mit sich bringen, das Studium an der ETH wärmstens empfehlen.

Zusammenfassend bin ich sehr froh darüber, dass ich damals vor drei Jahren diesen mutigen und vielleicht auch ein wenig leichtsinnigen Schritt gewagt habe. Ich glaube, das Studium an der ETH ist eine einzigartige Chance und ich bin zuversichtlich, dass ihm eine gute Zukunft bevorsteht. Nach dieser rasanten Zeit freue ich mich aber auch, eine andere Uni mit neuen, motivierten Dozierenden und frischen Ideen kennenzulernen. Ausserdem möchte ich auch dem Ziner und euch Lesenden dafür danken, dass ich die Chance erhalten habe, mich hier einzubringen. Ich werde euch vermissen.

Andi Gashi

Vom Totschweigen und Abschied nehmen

Der Arzt trägt die Verantwortung über die Lebenden, der Bestatter trägt die Verantwortung über die Verstorbenen. Die Arbeit des einen endet dann, wenn jene des anderen beginnt; mit dem Tod. Obwohl es nur diesen einen Berührungspunkt zwischen den beiden Berufen gibt, ergeben sich durch die Verantwortlichkeit einem Patienten oder Verstorbenen gegenüber Ähnlichkeiten. Sei es aufgrund der Arbeitszeiten, den emotionalen Anforderungen oder der Nähe zum Leben, zu dem auch der Tod gehört. Martin Zürcher, ein langjähriger Bestatter und Inhaber des Bestattungsinstituts Harfe, hat sich für ein Gespräch mit mir Zeit genommen, um dem Ziner aus seiner Arbeitsrealität und dem Bestattungswesen, wie es früher war und heute ist, zu erzählen.

Herr Zürcher, Sie arbeiten bereits seit 1991 als Bestatter. Hat sich der Umgang mit dem Tod von damals zu heute verändert?

Ja, das hat er. Früher hat man den Tod totgeschwiegen. Er war ein Tabuthema - was er manchmal auch heute noch ist. Als ich begonnen habe, als Bestatter zu arbeiten, war es teilweise nicht erlaubt, mit dem als solches beschrifteten Bestattungswagen einen Verstorbenen aus dem Altersheim abzuholen. Damit der Transport versteckt ablaufen konnte, musste ich am Abend mit einem unkenntlichen Wagen in der Garage vorfahren. Zum Glück hat seit damals ein Umdenken stattgefunden. Für mich hat es mit der Würde des Menschen zu tun, dass man den Verstorbenen nicht über einen Hinterausgang hinausschleust.

Die Bestattungskultur hat sich auch in anderen Punkten geändert. So hatte man früher viel häufiger Erdbestattungen als heute. Die Gründe dafür sind vielfältig: Einerseits die Verbundenheit mit dem Heimatdorf sowie die religiöse Tradition, andererseits finanziellen Aspekte, die natürlich nicht unwesentlich sind. Und auch die Digitalisierung hat unser Geschäft verändert. Heute gibt es digitale Friedhöfe, auf denen man online Abschied nehmen kann.

Als Bestatter gehören der Tod und der Anblick von Verstorbenen zum Alltag. Wie findet man in diesen Beruf? Braucht es ein persönliches Erlebnis dazu?

Ich glaube jeder Bestatter ist von seinem eigenen Hintergrund geprägt. Ich bin in Basel aufgewachsen und habe 1983 als einer der ersten Männer in der Schweiz die Ausbildung zum Krankenpfleger abgeschlossen. Nachdem ich Erfahrung auf verschiedenen Stationen des Spitals sammeln konnte, übernahm

ich im Alter von 28 Jahren die Leitung eines grossen Spitexzentrums. Der Wechsel in die Hauskrankenpflege entsprach mir und ich baute bald darauf mit meiner damaligen Partnerin einen privaten Pflegedienst auf. Der Kontakt zu den Angehörigen und auch zum Sterben wurde dadurch noch intensiver, weil wir im Unterschied zur regionalen Spitex einen 24 Stunden Service anboten. So konnten wir vielen Menschen ermöglichen, zuhause zu sterben.

Dann waren es der direkte Kontakt mit dem Tod und der Trauer der Angehörigen, die sie dazu gebracht hatten, den Bestatter Beruf zu wählen?

Es war der Kontakt mit dem Sterben und der Trauer einerseits, aber andererseits auch mit dem damaligen Bestattungswesen. Der Umgang mit den Verstorbenen und Angehörigen zu jener Zeit war rau und unpersönlich. Ich verkaufte mein Pflegeunternehmen und baute mein eigenes Bestattungsinstitut auf, weil ich den Verstorbenen und ihren Verbliebenen liebevoller begegnen wollte, als ich es in der Hauspflege erfahren musste.

Sie wollten also an einer Änderung im Bestattungswesen mitwirken. Wie hat sich die Rolle des Bestatters von damals zu heute verändert?

In früheren Zeiten wollte niemand diesen Beruf ausüben. Jedes Dorf hatte seinen Schreiner und dieser Schreiner war der Bestatter – einfach deshalb, weil er die Särge gezimmert hatte. Bestattungswägen gab es auch noch nicht. Man kam in Pferdewägen oder Pickups, auf denen man den Sarg offen transportierte. Als ich begann, steckte alles noch in den Kinderschuhen. Erst mit der Zeit wurde die Arbeit des Bestatters professionalisiert.



Die Ähnlichkeit zwischen der Arbeit des Bestatters und jener des Arztes ist insbesondere auch bei der Besichtigung des Institut von Herrn Zürcher zu sehen. Obwohl Särge und Urnen sicherlich nicht zu der Grundausrüstung eines Arztes gehören, findet man einige Motive, die an unseren Berufs- oder Studiumsalltag denken lassen.

Fotographien S. 7 - S. 9: Bestattungsinstitut Harfe, Sabina Rätz

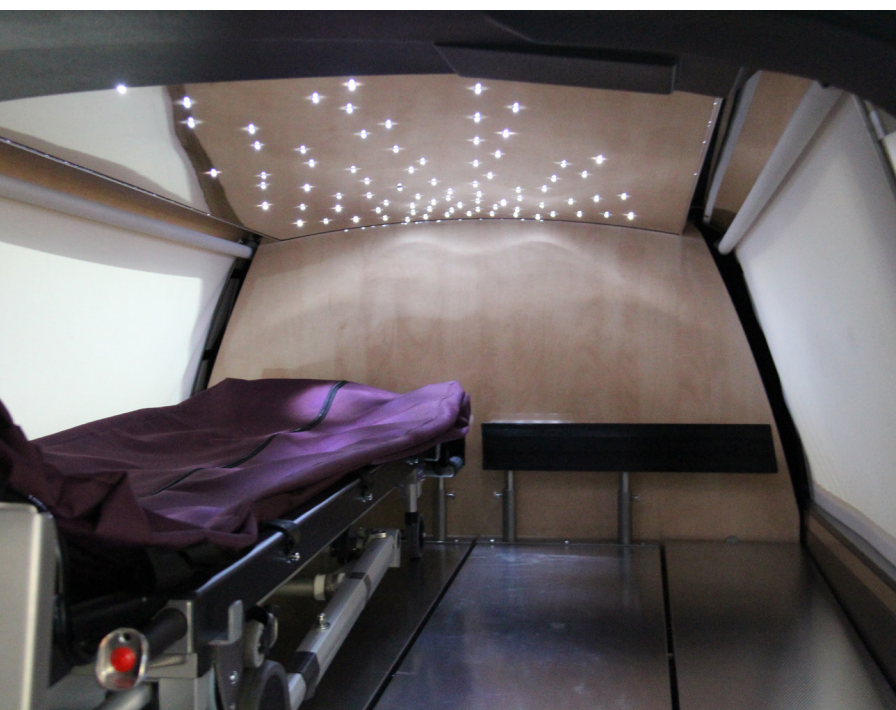


Welchen Einfluss oder Vorteil hatte ihre Erfahrung als Pfleger bei diesem Aufbauprozess?

Ich konnte viel von meinem pflegerischen Hintergrund profitieren. Ich hatte zum Beispiel von Beginn an kein Problem mit dem Angesicht eines Verstorbenen, auch wenn sie von schweren Verletzungen oder einem langen Verwesungsprozess gezeichnet waren. Meine Erfahrung als Pfleger hatte auch einen grossen Einfluss auf die Art und Weise, wie ich meine Firma von Beginn an führte.

Was ist für Sie wichtig in der Arbeit als Bestatter?

Für mich ist klar, die Würde des Menschen endet nicht mit dem Tod. Diese zu respektieren ist eine Voraussetzung für einen Bestatter in meinem Institut. Auch mit den Angehörigen möchte ich einen liebevollen Umgang leben. Es geht nicht darum, sich aufzudrängen, aber man muss für sie da sein und gleichzeitig eine gesunde Distanz wahren können. Es passt nicht, wenn man mit den Angehörigen weint. Die Trauer können wir ihnen nicht abnehmen, aber wir können offen und interessiert zuhören. Ich habe so bereits viele schönen und traurigen Geschichten erzählt bekommen.



Ähnlich wie in der Medizin verdienen Sie als Bestatter an einer Krankheit oder einem Unfall, der zum Tod führt. Sozusagen also am Leid von anderen Menschen. Wie gehen Sie damit um?

Schwierig ist, dass unsere Arbeit in einer Situation einsetzt, die für unsere Auftraggeber emotional belastend ist. In diesem Moment besteht keine Toleranz für Fehler. Wodurch eine Parallele zur Arbeit des Arztes oder der Ärztin aufgezeigt wird.

Braucht man ein gewisses Alter als Bestatter?

Nein, grundsätzlich nicht. Aber es gibt eine gewisse Reife, aus Schutz der Psyche. Wenn man im Bestattungswesen arbeitet, macht man einen Prozess durch. Man sieht eigentlich alles, was man nie sehen möchte. Und das geht einem nahe.

Ich glaube, man erlebt dadurch auch eine Relativierung und sieht das Relevante im Leben etwas klarer.

Während der Coronakrise war es in unserem Land für viele Angehörige nicht mehr möglich, sich von ihren geliebten Menschen zu verabschieden. Wie haben Sie diese turbulente Zeit erlebt?

Dass es nicht mehr möglich ist, sich von einem geliebten Menschen zu verabschieden, ist überhaupt nicht schön. Die Verstorbenen wurden direkt nach dem Tod isoliert und in die Pathologie gebracht, wo sie vorbereitet werden. Der Leichnam wurde in eine Hülle verpackt, gekennzeichnet und von uns, den Bestattern ins Krematorium gebracht. Auch dort war im Lockdown ein Abschied für die Angehörigen nicht möglich. Diese Zeit war wirklich schwierig. Die Angehörigen waren gefangen in der Situation, auch wir konnten in unserer Aufgabe wenig Trost spenden.

Wie sieht Ihr Arbeitsablauf aus ab dem Zeitpunkt, wenn sie an einen Verstorbenen herantreten?

Nachdem ein Arzt oder eine Ärztin die Todesbescheinigung ausgestellt hat, werden wir gerufen. Wenn eine Person zuhause verstorben ist, besteht unsere Aufgabe aus dem Waschen und kompletten Ankleiden des Verstorbenen. Danach legen wir ihn in den Sarg und geben den Angehörigen Zeit, sich zu verabschieden. Dieser Abschied dauert manchmal wenige Minuten, manchmal eine Stunde, während der wir warten, bis alle dafür bereit sind, dass wir den Verstorbenen mitnehmen.

Im Bestattungsinstitut bereiten wir ihn auf die Aufbahrung vor und unterstützen die Angehörigen bei Bedarf in der Planung und Organisation der Beerdigung und allem, was damit verbunden ist.

Bei all diesen Prozessen sind es die Feinheiten, die im Umgang mit dem Verstorbenen und den Angehörigen wichtig sind. Zum Beispiel das langsame Schliessen des Sargdeckels, das auf eine Art die Endgültigkeit des Lebens besiegelt. Wir müssen den Angehörigen für diesen Schritt Zeit lassen.

Was geschieht mit jenen Verstorbenen, die keine Angehörigen oder Freunde haben?

Es gibt sehr wenige Verstorbene, die wirklich keine auffindbaren Angehörigen haben. Wenn dies trotzdem der Fall ist, werden natürlich auch diese Menschen gleichbehandelt. Die Bestattung kann einfach und doch würdevoll sein.

Der Tod ist kein leichtes Thema. Auch nicht, wenn er jeden Tag zum Thema wird. Wie grenzen Sie sich emotional von ihrer Aufgabe als Bestatter ab?

In meinem Beruf ist die Psychohygiene sehr wichtig. Immer wenn ich Kundenkontakt habe, bin ich im Anzug. Das ist wie ein Ritual und ein Schutz für mich. Man fühlt sich wie in einem Panzer. Natürlich geht es auch um den Respekt vor den Ange-

nen reifen und offenen Umgang mit dem Tod, sonst wird es schwierig für alle Beteiligten. Wir merken häufig, dass nach dem Freitod eine ruhige Atmosphäre unter den Angehörigen herrscht. Sie müssen sich zwingendermassen bereits frühzeitig mit dem Tod auseinandersetzen. Belastende Themen, die dabei aufkommen, sind oftmals bereits besprochen und verdaut.

Wie unterscheiden sich die Bedürfnisse zwischen den verschiedenen Kulturen, was Bestattungen angeht?

Es gibt grosse kulturelle Unterschiede in der Bestattungskultur zwischen verschiedenen Ländern und Regionen. In der französischen und italienischen Schweiz ist die Sterbekultur viel stärker ausgeprägt. Der Tod wird mehr zelebriert, was sich auch

Aktenberge findet man auch beim Bestatter - es gilt ebenfalls eine Aufbewahrungsfrist von 10 Jahren.



hörigen. Ausserdem habe ich einen gesunden Abstand zwischen meinem Zuhause und meinem Arbeitsplatz. Diese klare räumliche Trennung, sowie ein gutes familiäres Umfeld sind für mich wichtig.

Sterbehilfeorganisationen in der Schweiz ermöglichen es heute vielen Menschen, selbstbestimmt aus dem Leben zu gehen. Als Bestatter nehmen Sie dabei sowohl die Planung als auch die Zeit nach dem Tod war. Wie erleben sie diesen Prozess und die Reaktionen der Verbliebenen?

Man darf nicht unterschätzen, dass es viel braucht, die Entscheidung für den Freitod zu treffen. Es braucht ei-

in den Geldsummen widerspiegelt, die für die Bestattungen ausgegeben werden. Das Sterben wird mehr als Teil des Lebens akzeptiert.

Wieso heisst ihr Bestattungsinstitut Harfe?

Dies war ein Herzensentscheid. Personifizieren wollte ich mein Unternehmen nicht und der Name gefällt mir bis heute. Leider trifft dies nicht auf alle zu. Einige Harfenisten und Harfenistinnen sind überhaupt nicht glücklich, dass ich mit meinem Bestattungsinstitut diesen Namen be setzte.

Interview von Sabina Rätz

Coronakrise

Eine Stippvisite im Auge des Sturms



Die letzte gemeinsame Vorlesung: 90 Freiwillige aus dem 6. Studienjahr am ersten IPS-Schulungstag unter der Leitung von KD Dr. med. Katja Auringer.

Wir können unseren Augen kaum trauen, als wir den Aufruf sehen: Medizinstudierende aus dem 6. Jahr sollen auf der Intensivstation am USZ aushelfen. Es ist Anfang März, zu diesem Zeitpunkt zählt die Schweiz erst knapp 300 bestätigte Infektionen mit SARS-CoV-2. Die Lage in Norditalien lässt jedoch das Schlimmste befürchten: Jeden Tag erliegen dort hunderte Menschen dem schwerem Lungenversagen, die Intensivstationen sind hoffnungslos überlastet. Daher auch der eindringliche Aufruf der KollegInnen aus Italien: «Bereitet euch vor! Nutzt die Zeit!»

Dem vorausgegangen war die Initiative zweier Studierender aus dem 6. Studienjahr: Leonie Plastina und Nik Rakic. Während immer mehr klinische Kurse ins Wasser fielen, dachten sie schon einen Schritt weiter. Innerhalb von zwei Tagen zeigten sich 94 Mitstudierende bereit, am USZ in irgendeiner Form auszuhelfen. Dieses Hilfsangebot des Staatsjahrgangs stiess an den Instituten für Intensiv- und Notfallmedizin auf offene Ohren. In Windeseile stampften sie ge-

meinsam mit Dr. Lorenzo Käser ein fünftägiges Ausbildungsprogramm aus dem Boden. Diese ausserordentliche Effizienz liess selbst die grössten Kritiker der Lehre am USZ verstummen – und uns erahnen, wie ernst die Lage sein muss.

Immer wieder fragen wir uns insgeheim: «Was sollen die denn mit uns anstellen?» Vor unserem inneren Auge sehen wir uns schon vor einem intubierten Patienten stehen, zahllose Perfusoren, Dialyse-Apparate, Alarme. Und uns selbst, völlig überfordert und verzweifelt. Uns stützt in dieser Zeit die vage Hoffnung, dass die Verantwortlichen am USZ uns schon nicht vor eine Aufgabe stellen werden, der wir nicht gewachsen sein würden. Im Normalfall wäre dies gewiss. Bis zum ersten Ausbildungstag hat sich die Zahl der Infektionen aber bereits auf 1'200 vervierfacht. Es ist der Beginn der exponentiellen Kurve. Uns allen ist klar, dass diese Entwicklung historische Ausmasse annehmen könnte. Dann würden andere Regeln gelten als während des Courant normal. Italien hat es bewiesen: Die dorti-

gen Studierenden im 6. Jahr wurden prompt zu ÄrztInnen gekrönt und richtiggehend in die Spitäler eingezogen. Ob sie sich ihrer Aufgabe gewachsen fühlten oder nicht, kann man sich ausmalen.

Die ersten zwei Tage folgen wir den Intensivpflege-ExpertInnen auf Schritt und Tritt. Und versuchen dabei, uns alle Handgriffe, die wichtigsten Beatmungs- und Kreislaufparameter, alle Geräte und ihre Einstellungen sowie die Tagesabläufe genau einzuprägen. Und ihnen dabei möglichst wenig auf die Nerven zu gehen. Was bei der Komplexität der Arbeit, die es zu begreifen gilt, nicht ganz leicht ist. Die Informationslast ist überwältigend, abends schleppen wir uns erschlagen nach Hause. Doch der Gedanke, mit dem erlernten Wissen bald eine tragende Rolle im Gesundheitssystem zu spielen, befeuert uns. Mittlerweile zählt die Schweiz 3'000 laborbestätigte Infektionen. Auf den Intensivstationen herrscht währenddessen eine gespenstische Ruhe – so muss es sich an einem Strand anfühlen, wenn sich die brechenden Wellen ins Meer zurückziehen, um als Tsunami zurückzukehren.

Doch zunächst fluten nicht Covid-PatientInnen die Intensivstationen, sondern wir Medizinstudierenden. In gewissen Schichten sind bis zu fünf von uns eingeteilt. Das verschärft die ohnehin engen Platzverhältnisse und die diffuse Anspannung vor der anrollenden Krise. Derweil werden die ersten Misstöne laut. Zunächst beklagen sich die PflegerInnen nur in den Pausenräumen unter vorgehaltener Hand über uns, im Laufe der Zeit jedoch immer lautstärker an den Rapporten. «Was sollen denn die machen, wenn es ernst gilt? Die können ja nichts!». Andere geben uns unverblümt zu verstehen, dass sie nichts von uns halten: «Wie soll ich mehr Patienten betreuen? Die da [die Medizinstudierenden] sind ja keine Hilfe.» Es sind zwar nur einzelne Stimmen, doch sie führen bei vielen von uns dazu, dass der Tatendrang schlagartig in Frustration umschlägt.

Einige resignieren und ziehen sich lieber aus dem Spital zurück, um sich in Ruhe auf das Staatsexamen vorzubereiten.

Die Unzufriedenheit der Pflege hat viele Gründe. Viele sind irritiert, weil ihnen der Eindruck vermittelt wurde, dass wir «innerhalb von zwei Tagen» dasselbe lernen würden wie sie in einer mehrjährigen Ausbildung. Andere fürchten, dass die erhöhte Arbeitslast – also, dass eine Intensivpflegerin mit Hilfe von weniger spezialisiertem Personal für mehr Patienten zuständig sein wird – auch nach der Krise bestehen bleibe. Und andere sind schlicht irritiert darüber, dass wir einen Lohn erhalten, respektive dass dieser mit 30 CHF pro Stunde gut dotiert ist. Und letztlich gibt es, und da müssen wir Tacheles reden, auch in den Reihen der Medizinstudierenden einfach einige, die mehr Mühe mit der Geschwindigkeit der Einführung haben als andere. Dass die Einführung dieser Leute anstrengend sein kann, ist verständlich.

Zudem passieren – und das wurde uns bereits in der Einführung mehrfach prophezeit – immer wieder Fehler. So soll jemand anstelle von Insulin das Medikament Heparin in einer Spritze bereitgestellt haben. Im Verlauf mehrten sich Fehler im Zusammenhang mit Medikamenten. Diese Nachrichten breiten sich auf den Intensivstationen aus wie ein Lauffeuer und bald stehen alle Studierenden unter Generalverdacht, alles falsch zu machen. Und dies, obwohl zahlreiche Fehler nachweislich nicht auf uns, sondern auf vorbestehendes Personal zurückzuführen ist. Der Skepsis uns gegenüber und unserem Gefühl der Inkompetenz tut dies indessen keinen Abbruch.

So empfinden es einige Studierende als Erlösung, als die ersten Covid-Intensivstationen in grossem Masse öffnen und sie dorthin rekrutiert werden. Es fühlt sich gleichzeitig aufregend und mulmig an, als wir in der Schleuse unsere Schutzkleidung zum ersten Mal anziehen: Schutzmantel, Atemschutzmaske, Schutzbrille und ein Paar dicke Handschuhe. Die schützende FFP2-Maske müssten wir nur bei Aerosol-bildenden Tätigkeiten tragen, heisst es zu Beginn – also beim offenen Absaugen der Luftwege etwa. Der erste Eindruck von der Covid-IPS überrascht: Die Stimmung ist völlig unaufgeregt und

nüchtern. Bis auf all die Schutzkleidung unterscheidet sich fast nichts von der normalen IPS: Auch da sind die PatientInnen dutzendfach verkabelt, auch da sind gewisse PatientInnen grotesk aufgedunsen oder verfärbt, auch da steht neben (fast) jedem Patientenbett ein Beatmungsgerät.

Es ist leicht, dem Glauben zu verfallen, dass hier nichts Ausserordentliches vor sich gehe. Das erfahre ich am eigenen Leib, als ich mit zwei Pflegerinnen rund 30 Minuten später eine Patientin zur Seite drehe. Eine von ihnen ist ausschliesslich dafür zuständig, dass der Beatmungstubus angeschlossen bleibt. Erfolglos: Einige Momente später pustet die Beatmungsmaschine wie verrückt durch die Luft. Wir alle halten entsetzt den Atem an und wenden uns ab – einige Sekunden später verbindet sie den Tubus wieder. Sie fühlen sich wie eine Ewigkeit an. Maximale Coronavirus-Exposition direkt am ersten Tag. Das soll uns eine Lehre sein; von nun an tragen alle zu jedem Zeitpunkt eine FFP2-Maske.

Während die Wochen ins Land ziehen, spielen die Pflege und wir uns immer besser ein. Bald kennen wir die meisten beim Namen, wissen die Standarddosierungen der Medikamente und sprechen im Intensivmedizin-Jargon. Je länger wir dort arbeiten, desto häufiger danken sie uns für die Hilfe – bisweilen fast schon überschwänglich. Die Anerkennung geht so weit, dass mir im Scherz empfohlen wird, die Ausbildung zum Arzt abzubrechen und stattdessen Intensivpfleger zu werden. Die Positivität tut nach dem holprigen Start gut.

Indes ändert sich anderes kaum: zum Beispiel die PatientInnen. Viele von ihnen liegen wochenlang auf der Station und machen dabei keinen Schritt in Richtung Genesung. Im Gegenteil: Überall häufen sich die Komplikationen – eine Lungenembolie hier, ein DRESS-Syndrom da, eine Mesenterialischämie dort. Trotz all der Misere ist es prickelnd, an vorderster Linie zu stehen, wenn sich eine neue Erkrankung präsentiert. Jeden Tag prasseln neue Studien zu Covid-19 auf uns ein. Viele davon mit Erkenntnissen, die wir im klinischen Alltag bereits seit Wochen beobachten – etwa die endotheliale Dysfunktion, die zu diversen (thrombo-)

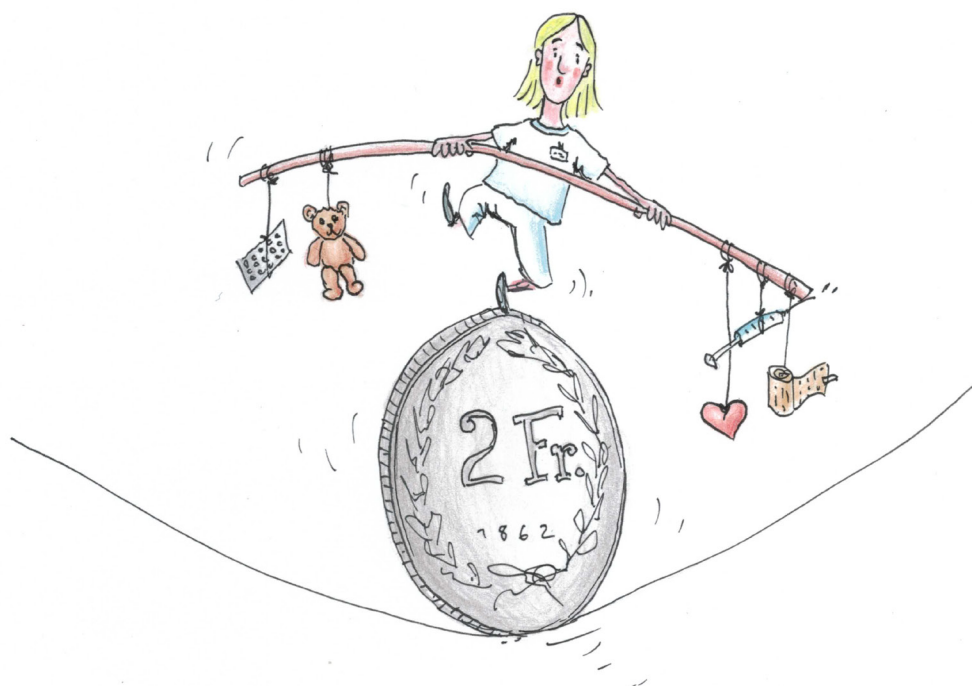
embolischen Komplikationen führt. Plötzlich erhalten fast alle PatientInnen auf der Station hochdosiertes Heparin. Das klinische Management gleicht einem Flug bei Nebel, stützende Guidelines zur Therapie gibt es noch keine.

Obwohl das Wissen um Covid-19 rapide wächst, scheint die Situation oft ausweglos – und dies, obwohl wir uns hier auf einer der modernsten Intensivstationen der Welt befinden. Es ist berauschend mitzuerleben, wie die schwersten Geschütze der modernen Medizin aufgeföhren werden. Wie Geräte wie ECMO, Impella, Hamilton und SLED zusammen mit einem schwindelerregenden Cocktail an Medikamenten Menschen am Leben erhalten können. Gleichzeitig schwebt aber über allem die Frage: «Wie weit sollen wir gehen?» Sie wird im Trubel der Intensivmedizin für mein Empfinden zu selten ausgesprochen, doch wäre sie oft die allesentscheidende Frage. Gerade, weil die Apparaturen so potent sind, dass sie selbst PatientInnen mit minimalen Vitalfunktionen und fraglicher Prognose am Leben halten können.

So erleben wir nur selten, dass PatientInnen während unserer Einsätze auf der Intensivstation versterben. Ich erlebe es zweimal – und zum ersten Mal überhaupt, wie eine Sauerstoffsättigung auf bedrohliche 60, 50, 40 Prozent sinkt und schliesslich nicht mehr messbar ist. Wie sich der Puls verlangsamt und schliesslich nur noch einzelne Extrasystolen aufgezeichnet werden. Die Monitorparameter sind so eindrücklich, dass man leicht von der Bedeutung der Situation abgelenkt werden kann: Hier stirbt gerade ein Mensch. Hier endet eine ganze Existenz: ein Leben mit blühender Jugend, mit Momenten der Liebe und Euphorie, mit Ärger und Enttäuschung. In diesem Moment halten wir die Hand des Patienten, denn ausser der Pflegerin, dem Arzt und mir ist niemand da. Ob die Familie wegen der Corona-Beschränkungen nicht da ist oder aus einem anderen Grund, weiss ich nicht. Aber wir spüren, dass es wichtig ist, einen Menschen bei diesem letzten Schritt zu begleiten. Als das EKG schliesslich eine durchgehende Horizontale bildet, alle Maschinen ausgeschaltet sind und sich das Zimmer lichtet, bleibe ich noch einen Moment.

Tim Honegger

Who cares?



Am 20. März um 12:30 applaudierten Menschen in allen Schweizer Städten, um dem Pflegepersonal für ihre wichtige Arbeit in der Zeit des Coronavirus Danke zu sagen. Eine Minute dauerte dieses Geschehen. Nach dieser Aktion berichten Medien wieder vermehrt von den Forderungen nach höheren Löhnen aus den Rängen der Pflegeberufe. Eine Minute Klatschen sei schön, Geld sei besser. Diese Forderungen sind altbekannt. So wurde das Lohnprofil der Pflegefachleute schon vor zwanzig Jahren nach oben angepasst und 2017 das Thema mit der Volksinitiative „Für eine starke Pflege“ wieder aufgegriffen.

Aber nicht nur Pflegefachleute machen sich bemerkbar: Am Frauenstreik vom 14. Juni 2019 war das Thema der Entlohnung von Care-Arbeiten zentral. Frauen fordern Geld, Respekt und Zeit für Care-Arbeiten, also Pflege, Kinderbetreuung, aber auch Hausarbeiten und die Pflege von älteren Angehörigen.

Die letzten Monate haben deutlicher denn je klargemacht: Pflege in verschiedensten Formen ist wichtig. In der Schweiz wird diese Pflegearbeit zu 80% unentgeltlich geleistet und Frauen übernehmen zwei Drittel dieser. Nun stellen sich folgende

Fragen: Welche Probleme bezüglich Care-Arbeit gibt es überhaupt? Und sind die Löhne vom Pflegepersonal tatsächlich zu tief?

Care-Arbeit ist wichtige Arbeit, die im Kontakt mit Menschen verrichtet wird, um diesen zu helfen und dienen. Diese Arbeit muss zwangsläufig verrichtet werden, damit wir als Menschen in einer Gesellschaft funktionieren können. Historisch gesehen, wurde diese Arbeit bis vor kurzem fast ausschliesslich von Frauen verrichtet. Diese Arbeitsverteilung schlängelt sich bis in die Gegenwart und auch heute wird die unbezahlte Care-Arbeit zum grösseren Teil von Frauen geleistet. Denn Haushaltsarbeiten und Kindererziehung war seit jeher die Aufgabe der Frauen, welche diesen «Job» ohne monetäre Gegenleistung machen. Nicht nur im Privaten, Frauen sind auch in der bezahlten Care-Arbeit deutlich stärker vertreten, so dass 85 bis 90 Prozent der Pflegenden weiblich sind. Wie auch im Privaten sind die geringen Entlohnungen eine ständige Streitigkeit: Das Pflegepersonal fordert höhere Löhne.

Löhne werden von verschiedensten Faktoren beeinflusst. So erhalten

unterschiedliche Jobs in unserer Gesellschaft unterschiedliche Löhne, da wir gewisse Arbeiten als werterschaffender empfinden. Mehr Prestige bedeutet mehr Geld, so also beispielsweise bei ÄrztInnen mit deutlich besseren Löhnen. Pflegearbeit hat weniger Ansehen als die ärztliche Arbeit. Ausserdem wurde die Pflege früher meistens von Familienmitgliedern, Bekannten oder bis ins 18. Jahrhundert von geistlichen oder religiösen Heilern, Schamanen oder Mönchen und Nonnen übernommen. Eine Arbeit, die nicht fürs Geld, sondern aus Nächstenliebe geleistet wurde. Pflege als eigenständiger Beruf mit spezifischer, medizinischer Ausbildung und Lohn entstand erst Anfang des 20. Jahrhunderts, als die Versorgung der zahlreichen Kriegsverletzten erforderlich wurde. Prestige und Geschichte sind mögliche Gründe für relativ tiefe Löhne im Pflegeberuf. Verdienen Pflegenden aber tatsächlich zu wenig für die Arbeit, die sie leisten?

Im «Lohnbuch Schweiz 2020» vom Amt für Wirtschaft und Arbeit werden Löhne für alle Berufsgruppen festgehalten. Eine Pflegefachperson nach abgeschlossener, dreijähriger Lehre und anschliessender drei-

jähriger Ausbildung sollte jährlich 73'000 Franken verdienen. Andere Berufe, die man aus der Sekundarstufe A oder gegebenenfalls B lernt, wie Hochbauzeichner, Informatiker oder Automobil-Mechatroniker verdienen ähnlich viel. PolizistInnen werden besonders gerne mit Pflegenden verglichen, da die beruflichen Anforderungen in beiden Berufen sehr ähnlich seien. Auch hier können die Pflegenden-Löhne mithalten, ausser, dass der Praktikumslohn während einer Weiterbildung an der höheren Fachschule nur ein Fünftel des Ausbildungslohns an der Polizeischule beträgt. Verschiedene Fachleute aus dem kantonalen Gesundheitswesen stehen im Grossen und Ganzen hinter den Pflegenden-Löhnen, wie sich in einem Interview mit dem Tagesanzeiger zeigt: Der Spitalverbandspräsident Christian Schär meint, dass die Löhne angepasst an Ausbildung und Arbeitsbelastung seien. Der Stadtrat und Vorsteher vom Gesundheitsdepartement Andreas Hauri betont, dass man zuerst an besseren Dienstplänen und Arbeitszeiten arbeiten soll, um in einem zweiten Schritt über die Löhne zu sprechen. Dabei macht der Stadtrat wahrscheinlich eine wichtige Beobachtung: Denn trotz offenbar vergleichbarem Lohn gibt es Unzufriedenheiten unter dem Pflegepersonal. Das Argument vom Stadtrat klingt logisch, aber könnte

PatientInnen klaut und den Beruf dadurch weniger zufriedenstellend und menschlich macht. Beispielsweise gibt TARMED vor, dass für eine Haarwäsche bei allen PatientInnen 15 Minuten zur Verfügung stehen, obwohl es unmöglich ist, gewissen komplizierteren PatientInnen in dieser Zeit die Haare zu waschen. Mehr Papierarbeit und striktere Zeitvorgaben für Pflegende sind eine unangenehme Folge der zunehmenden Marktwirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen.

Beim ÄrztInnen-Lohn, den die FMH durchschnittlich auf 190'000 Franken pro Jahr schätzt, gibt es eine gewaltige Spannweite zwischen den einzelnen Fachgebieten. An der Spitze thront die Neurochirurgie. TARMED deklariert eigentlich sowohl die Leistungen vom Pflegepersonal sowie auch der ÄrztInnen, doch irgendwie schaffen es die einzelnen ÄrztInnen, insbesondere NeurochirurgInnen, mehr und mehr Lohn zu bekommen. Gleichzeitig ist spannend, dass eine Pflegefachperson nach einem Stellenwechsel deutlich mehr verdient. Es scheint also so, als gingen Lohnerhöhungen der einzelnen Pflegenden in der Gruppe vergessen. Kritische Stimmen fordern auch darum, dass das Pflegepersonal für sich selbst Verantwortung übernehmen müsse und persönlich beim Spital nach Lohnerhöhungen fragen

brauchte man etwa sechzig durchschnittliche Jahreseinkommen, um einen Computer mit grosser Rechenleistung zu kaufen. Wenn jemand schwer pflegebedürftig war, brauchte man drei oder vier Jahreseinkommen, um die Pflegearbeit zu bezahlen. Heute reicht das Einkommen von einigen Stunden, um ein Smartphone zu kaufen, das mehr Kapazität hat als die Grossrechner von damals. Die pflegebedürftige Person braucht aber noch immer gleich viel Einkommen, um die Pflege zu bezahlen – Roboter können nun mal nicht pflegen. Das ist ein Prinzip des technischen Fortschritts: Je stärker die Automatisierung, desto höher wird vergleichsweise der Preis für Dienstleistungen und Produkte, die nach wie vor arbeitsintensiv sind.» Es stelle sich also die Frage, wie wir als Gesellschaft notwendige Dienstleistungen finanzieren, welche – nicht zu vergessen – ein Menschenrecht sind, damit alle den Zugang zu diesen haben. Wer bezahlt diese Arbeit, die momentan gratis geleistet wird? Und wen soll man bezahlen? Soll man mehr staatliche Kinderkrippen aufbauen, Haushalte grosszügiger unterstützen, Pflegebetriebe ausbauen oder Teilzeitstellen popularisieren?

Die Bandbreite der Forderungen und präsentierten Lösungsansätze bildet die Komplexität der Problematik von Care-Arbeit ab. Darüber wie wir als Schweiz das Thema angehen möchten, wird hoffentlich in den kommenden Jahren diskutiert und abgestimmt. Wichtig ist, dass das Thema weiterhin thematisiert und bearbeitet wird. Wir sind darauf angewiesen, dass sich andere Menschen um uns kümmern. Diese Dienstleistungen werden vergleichsweise immer teurer und momentan wird ein riesiger Teil dieser Arbeit zwangsläufig unbezahlt verrichtet. Wir als Gesellschaft verändern uns und auch die Wirtschaft verändert sich. Um mit diesen Veränderungen mithalten zu können, werden sich auch die Pflegearbeiten im Gesundheitssystem und die diversen Care-Arbeiten in Familie und Haus anpassen müssen.

Catrina Pedrett

Laut dem Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) verlassen 45% den Pflegeberuf.

und müsste man nicht gleichzeitig Lohn und Arbeitsumstände verbessern? Die Unzufriedenheit in der Pflege wird durch die Zahl derjenigen verdeutlicht, die den Pflegeberuf verlassen. Laut dem Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) sind dies beträchtliche 45% aller jener, die je eine Pflegeausbildung abgeschlossen haben. Was steckt hinter der Unzufriedenheit?

Schichtarbeit, zunehmende Bürokratie, Verantwortung und hohe Arbeitsbelastung scheinen wichtige Faktoren zu sein, die den Pflegeberuf anstrengend und anspruchsvoll machen. Möglich auch, dass die zeitliche Taktung wichtige Zeit mit

sollte. Als Berufsgruppe zu demonstrieren und in den Medien über die Lohnproblematik zu sensibilisieren, hat einen Einfluss. Doch sei gleichfalls nötig, beim Chef oder der Chefin direkt nach einer Lohnerhöhung für sich selbst zu fragen. Vielleicht ist es auch dieses „egoistische“ Nachfragen nach mehr Lohn, wo ÄrztInnen ihr Prestige einlösen und mehr Vorteile für sich selbst herauspielen, während Pflegende solidarischer für ihre ganze Berufsgruppe mehr Geld verlangen?

Ob unbezahlte oder bezahlte Care-Arbeit, diese Dienstleistungen werden offenbar immer teurer. Mascha Madörin, Schweizer Expertin für Ökonomie der Care-Arbeit erklärt das so: «In den siebziger Jahren

Ab durch die Decke!

Ein Stück Lausanner

Medizinstudierendenkultur

Wir betreten den Hörsaal, schlendern zu unseren üblichen Plätzen und machen es uns gemütlich: Neben Popcorn, Sandwiches und Chips dürfen Bier und Wein natürlich nicht fehlen. Um uns herum lassen sich Mitstudierende aus allen Jahrgängen auf die Stühle fallen. Die Luft summt, die Stimmung reicht von erwartungsvoll bis aufgeregt. Die Wände des Hörsaales sind aufwändig dem Thema entsprechend dekoriert, und zuvorderst steht: die Bühne.



Richtig bemerkt! Wir freuen uns nicht auf die nächste endlose Vorlesung über Genetik, sondern erwarten gespannt den Beginn des jährlichen „Plafond“. Das ist eine Aufführung am CHUV (Centre Hospitalier Universitaire Vaudois), die von Medizinstudierenden der Universität Lausanne organisiert und durchgeführt wird. Ein Grossteil der Studierenden ist auf irgendeine Weise involviert: auf der Bühne, im Organisationskomitee, in der Technik oder der Küche. Wer nicht daran teilnimmt, versucht eines der begehrten kostenlosen Tickets für die Vorstellung zu ergattern. Ihr fragt euch, wer sich freiwillig so exponieren könnte? „Le Plafond“ ist Tradition und dabei mitzumachen sehr beliebt bei unseren Lausanner KameradInnen. Das zeigt sich auch an der Länge der Aufführung: Das Spektakel dauert insgesamt gut 4 Stunden! Kurzweilig ist es dennoch: Von der klassischen Musik und Orchester über Lieder und Chor zu Poledance-, Salsa und anderen Tanzvorstellungen ist für jeden etwas dabei. Poetry-Slam und Stand-up Comedy, Theater und Videoclips runden die Vorstellung ab. Die Stücke sind amüsant, nachdenklich, energievoll oder auch ruhig. Jeder darf sich einbringen, und entsprechend vielfältig fallen die Darbietungen aus. Hoch im Kurs stehen Parodien von ProfessorInnen, Lieder über das triste Leben in der Lernphase und Erfahrungen, die man in Praktika und Wahlstudienjahr gemacht hat. Natürlich gibt es auch zahlreiche Geschichten von Nächten an der Studibar und fulminanten Partys, die auf der Bühne verarbeitet werden. Diverse Insiderwitze sprechen verschiedene Jahrgänge des Studiums an. Es ist wirklich unglaublich, wie viele versteckte Talente sich unter den Medizinstudierenden befinden! Monatelang wurde für diesen Abend



geprobt und die Vorbereitung zahlt sich aus: Das Publikum fiebert mit, ruft ermunternde Kommentare und scheint für ein paar Stunden zu vergessen, dass es in einem Hörsaal sitzt. Die Darbietungen sind nicht alle perfekt, aber mit viel Herzblut vorgeführt. Die DarstellerInnen werden für ihren Mut, vor allen anderen Studierenden aufzutreten, mit reichlich Applaus und Gelächter belohnt. Als die letzten Klänge verklingen lockt ein DJ das Publikum auf die Bühne, um mit den Mitstudierenden bis in die Morgenstunden weiterzufeiern. Und wer weiss, vielleicht wird im nächsten Jahr am Plafond von genau diesem Abend berichtet werden?

Nathalie Bohl

Das Laryngoskop

„Haben Sie das schonmal gemacht? Nein? Ist ja auch egal, jetzt machen Sie es. Hier.“

Meine Augen weiten sich als der leitende Arzt mir das Laryngoskop vor die Nase hält. Einen riesigen, eisernen Haken wie man ihn aus Dr. House oder Emergency Room kennt. Diese Dinger, die man mit einer schwungvollen Handbewegung aufklappt und dann dem erstickenden Patienten in den Rachen rammt.

„Na los, Sie haben nicht ewig Zeit!“

Ich schlucke. Wie bin ich nochmal in diese Situation geraten? Ach, stimmt ja: Freiwillig. Vor ungefähr einem Jahr durfte ich mir die Stellen für mein praktisches Jahr in der Medizin selbst aussuchen. Als erste Fachrichtung hatte ich mich für die Anästhesiologie entschieden für jenes Fach also, welches regelmässig und ungehemmt, Laryngoskope in die Rachen ihrer Patienten zu schieben pflegt. Grossartige Entscheidung meinerseits. Einfach fabelhaft.

„Also los jetzt, nehmen Sie das Laryngoskop und machen Sie den Scherengriff!“

Den bitte was für einen Griff? Egal, tief durchatmen jetzt. Zögerlich greife ich mit der rechten Hand nach dem riesigen Hackending doch der Arzt lässt nicht los.

„Mit der anderen Hand!“

Ach ja, natürlich. Die andere Hand. Wie konnte ich nur. Das weiss man doch...

Noch etwas zögerlicher greife ich also nun mit der linken Hand nach dem immer noch riesigen Hackending und diesmal lässt der Arzt los. Das riesige Hackending befindet sich nun in meinem Besitz. Scheisse. Ok. Ruhe bewahren, Situation analysieren: Der Patient ist narkotisiert und atmet nicht mehr. Er muss also künstlich beatmet werden, sonst stirbt er. Soviel habe ich verstanden. Immerhin. Damit der Patient beatmet werden kann, muss man ihm einen Tubus in die Luftröhre schieben und an ein Beatmungsgerät anschliessen und damit man ihm einen Tubus in die Luftröhre schieben kann, muss man seine Luftröhre erstmal zu sehen bekommen. Somit wären wir wieder bei dem Laryngoskop, welches nach wie vor mit tonnenschwerer Verantwortung in meiner Hand wiegt.

„Nur die Ruhe, Sie haben Zeit. Schauen Sie, die Sättigung ist noch bei 99%, alles ist gut. Jetzt machen Sie den Scherengriff und schieben das Laryngoskop vorsichtig in den Rachen.“

Schon wieder dieser Scherengriff. Was zum Geier ist bitte der Scherengriff? Meine bebenden Pupillen müssen mich verraten haben, denn der leitende Arzt zeigte mir unaufgefordert, wie man mit dem Scherengriff den Mund des Patienten aufbekam. Dankbar, aber kein bisschen weniger nervös mache ich es ihm nach, öffne den Mund des Patienten einen Spalt weit und beginne in Zeitlupe das Laryngoskop vorzuschieben.

„Denken Sie dran: Zur Decke ziehen und nicht Hebeln! Sonst brechen sie die Zähne raus.“

Ah. Gut zu wissen. Ich schlucke erneut.

„Na los, beschreiben Sie was Sie sehen, reden Sie mit uns!“

Nichts. Ich sehe absolut gar nichts. Die Zunge macht was sie will, der Mund lässt sich nicht richtig öffnen und die Zähne sind sowieso im Weg. Kurzer Blick zum Monitor: Die Sättigung liegt bei 97%.

„Schauen Sie nicht zum Monitor, schauen Sie zum Patienten! Sehen Sie die vordere Kommissur?“

Verdammte scheisse, ich weiss doch nicht was die vordere Kommissur ist! Was habe ich nur vier lange Jahre im Studium gelernt?! Was soll ich dem netten Arzt, der nur das Beste für mich will, darauf antworten? „Es tut mir leid, ich habe allem Anschein nach, keine Ahnung was die vordere Kommissur ist. Aber falls es Sie beruhigt, ich kann Ihnen auf molekularer und biochemischer Ebene genauestens erklären, welche Abläufe im Stoffwechsel des Patienten demnächst zu seinem Tod führen werden, weil ich es nicht schaffe, ihm diesen Tubus in die Luftröhre zu schieben.“

„Also gut lassen Sie mich mal machen.“

JHaS



Junge Haus- und KinderärztInnen Schweiz
Jeunes médecins de famille suisses
Giovani medici e pediatri di famiglia svizzeri
Swiss Young Family Doctors

Traumjob? **Traumjob!**

Werde jetzt kostenlos Mitglied beim Verein Junge Haus- und KinderärztInnen Schweiz und profitiere von vielen Vorteilen:

- › **Spezialtarif am JHaS-Kongress und an vielen weiteren Anlässen**
- › **Möglichkeit zur Teilnahme an internationalen Exchanges**
- › **Regelmässiger Newsletter mit wichtigen Informationen**
- › **Einladung zu unseren Stammtischen und Workshops**
- › **Cooler JHaS-Gadgets**
- › **... und vieles mehr!**

**Mehr Informationen unter:
www.jhas.ch**



**Jetzt scannen und
gratis beitreten!**

Sofort schwindet die schwere Last der Verantwortung, nur um im selben Moment durch den erniedrigenden Druck des Scheiterns abgelöst zu werden. Betreten gehe ich zur Seite und übergebe dem leitenden Arzt das Laryngoskop. Mit einem routinierten und bestimmten Handgriff schiebt er es dem Patienten in den Hals, nicht ungleich den Ärzten bei Dr. House, und zeigt mir, wie man damit die Epiglottis und die Stimmlippen darstellen kann. Dann, offenbar noch nicht ausreichend von meiner Inkompetenz überzeugt, drückt er mir den Tubus in die Hand.

„So und jetzt schieben Sie den Tubus rein.“

Einfach vorsichtig, damit Sie die Stimmbänder nicht verletzen.“

Da war sie wieder. Die Last der Verantwortung. Lange hatte es nicht gedauert, bis sie beschlossen hatte, mich wieder in ihre schweren Arme zu schliessen. Mit einer verwirrenden Mischung aus lähmender Angst und brennendem Ehrgeiz nehme ich den Tubus, schiebe ihn vorsichtig in die Luftröhre rein und lasse los.

„Unter Sicht?“

Zum ersten Mal kann ich eine seiner Fragen sicher beantworten. Beflügelt von diesem ersten Erfolg verkünde ich triumphierend: „Ja. Unter Sicht.“ Ich lasse die Arme fallen, spüre zum ersten Mal wieder meine Atmung und alles um mich herum wird heller, lauter, lebendiger. Ein Blick auf die Uhr zeigt, dass gerade mal 3 Minuten vergangen waren.

„Was stehen Sie so rum, schliessen Sie den Respirator an!“

Stimmt, da war ja was. Das Beatmungsgerät. Plötzlich geht alles ganz schnell. Hektisch greife ich nach dem Schlauch, der am ehesten so aussieht, als könnte er auf den Tubus passen und schliesse ihn an. Im Hintergrund drückt jemand irgendwelche Knöpfe am Respirator und betätigt irgendeinen Schalter, wäh-

rend eine Pflegerin zu mir eilt und den Tubus mit Klebeband befestigt. Zwei weitere Ärzte stehen auf einmal im Raum. Oder waren sie schon vorher da? Der eine drückt mir ein Stethoskop in die Hand, während der andere einen Beutel am Beatmungsgerät betätigt.

„Und, liegt der Tubus richtig?“

Der Druck auf meiner Brust wurde grösser. Der Stress schien kein Ende zu nehmen. Schlag auf Schlag wurde ich vor neue Herausforderungen gestellt und das in einem Tempo, welches langsam, aber sicher zu viel für mich wurde. Für das Team war jeder Schritt dieser Abläufe bis ins kleinste Detail einstudiert; die Handgriffe routinierter Alltag, die Aufgaben nur ein weiterer Punkt auf der To Do Liste. Für mich jedoch, stellte die kleinste Aufforderung bereits eine enorme Belastung dar, durchtränkt von Zweifel und Unsicherheit. Das Wichtigste war jetzt, nicht die Konzentration zu verlieren. Ich hatte im Studium gelernt mit Stress und Überforderung umzugehen und so zwang ich mich, erneut tief durchzuatmen. Was hatte ich zur Kontrolle der Tubuslage gelernt? Was kann alles schief gehen? Der Tubus könnte im Magen statt in der Lunge sein! Ok, wie überprüfe ich das? Der Tubus beschlägt, das ist ein gutes Zeichen. Auf dem Monitor sieht man, dass CO₂ registriert wird, auch das ist richtig. Der Brustkorb hebt und senkt. Wofür hat man mir also das Stethoskop gegeben? Der Tubus könnte zu weit vorgeschoben worden sein und nur einen statt beider Lungenflügel belüften! Nach einer gefühlten Ewigkeit lege ich also endlich das Stethoskop zuerst auf die eine, dann auf die andere Hälfte der Brust und... höre einen Unterschied. Verdammt. Ich höre nochmal hin und dann nochmal, die Sekunden vergehen und ich spüre die ungeduligen Blicke des leitenden Arztes, des Oberarztes und des Assistenzarztes auf mir ruhen. Das dürfte nicht so lange dauern. Der Student sollte das Stethoskop drauflegen, so tun als würde er konzentriert hinhören und dann zuversichtlich nicken. Der Tubus liegt sowieso fast immer richtig, vor allem wenn der leitende Arzt die Intubation durchgeführt hatte.

In meinem Kopf tobte es. Ich hatte noch nie die Lage eines Tubus überprüft und hatte keine Erfahrung, wie sich das anfühlen sollte. Es war mein erster Tag auf der Anästhesie, mein erster Tag überhaupt als Mitarbeiter in einem Krankenhaus. Konnte ich es mir erlauben, irgendwelche Einwände einzubringen? Hatte ich überhaupt Grund genug dafür?

„Und?“

Das Team wurde immer ungeduldiger. Ich musste mich entscheiden. Scheisse, was ist, wenn der Patient stirbt, nur weil ich nichts gesagt hatte? Wie schlimm ist es überhaupt, wenn der Tubus nur einen Lungenflügel belüftet? Ich fühlte mich masslos überfordert. „Ich... Ich bin mir nicht sicher...“ Diesmal reagierte der Oberarzt. Überrascht hob er eine Augenbraue.

„Wie du bist dir nicht sicher? Was heisst das? Lass mich mal hören... Hm. Tatsächlich, das hört sich falsch an. Moment, wir schieben den Tubus etwas zurück und... Ah, da hörst du? Jetzt liegt er richtig.“

Ich hörte es. Der Schweiss an meinen Händen triefte unter den Handschuhen und mein Herz raste immer noch. Aber ich hörte es. Ich hörte die künstliche Atmung des Patienten, hörte das Piepsen der Monitore und die hektischen Bewegungen um mich herum. Ich hörte die Zweifel in mir und die Zuversicht. Die Angst und den Ehrgeiz. Alles dröhnte gleichzeitig, dröhnte laut und nicht im Einklang. Doch während ich dastand, inmitten all diesen Lärms, an meinem ersten Tag als Unterassistent, am Anfang meiner praktischen Ausbildung, mit leicht zitternden Händen und einem schiefen Lächeln im Gesicht war mein einziger Gedanke: Verdammt hört sich das geil an.

Dmitrij Marchukov

Vor dem Blinzeln die Welt verändern

Ein Plädoyer dafür, dass du einem Fachverein beitreten solltest

Der erste Studientag: Da waren Gesichter, von denen ich schwören könnte, sie – bis auf diesen ersten Tag – nie wieder gesehen zu haben. Gesichter, die uns im Laufe der Jahre verlassen sollten, für ein Studium der Kunstgeschichte in Berlin oder für was auch immer. Gesichter, die zu FreundInnen werden sollten. Und da war das Skelett, das irgendjemand neben der Tür so positioniert hatte, so, dass es aussah, als vergrabe es verzweifelt den Kopf in den Händen. Ich mochte dieses Skelett. Irgendwie sinnbildlich.

Manchmal fühlte ich mich wie dieses Skelett: Wenn ich im Winter des berücktigten, „verdammt harten“ (Zitat Ullrich!) zweiten Studienjahrs wiederholt um halb elf Uhr abends aus dem Careum in das eisige Schneegestöber der realen Welt heraustrat. Wenn ich meinen Kopf für den zweiten Fünf-Minuten-Powernap des Vormittags auf die kalte Tischplatte legte. Wenn ich am Kaffeeautomaten den zehnten Kaffee des Tages holte (das war und blieb, zugegebenermassen, ein trauriger Rekord).

Jetzt, ein gefühltes Blinzeln später, beginne ich mein letztes Studienjahr mit einem rührselig verklärten „Hach-was-ist-die-Zeit-verflogen!“-Gefühl (bedeutet das, dass ich alt

bin?). Erste Mitstudierende sind verlobt und haben Kinder (was bedeutet, dass ich alt bin); erste Mitstudierende bringen gar Guacamole und Weisswein mit zu Partys (sehr alt)...

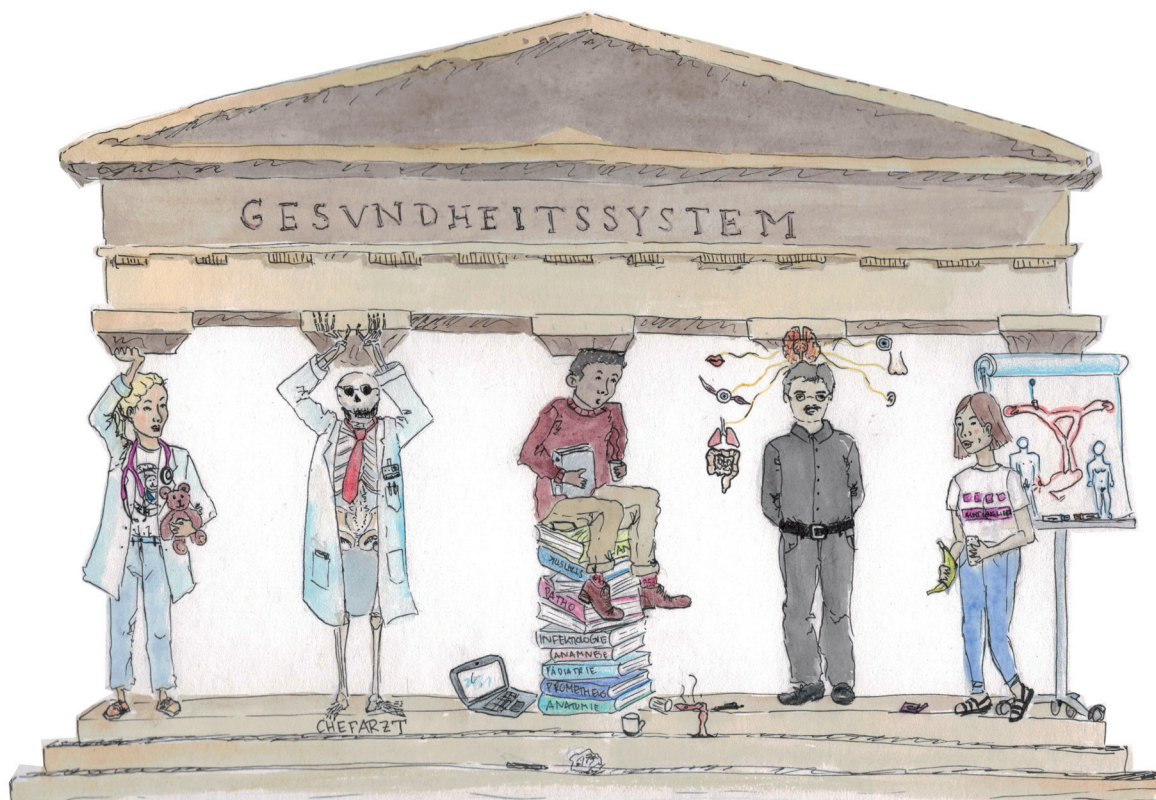
... und das Skelett ist einer Person aus Fleisch und Blut gewichen, genauer: einem Chefarzt der Inneren Medizin eines A-Spitals, der am Ende einer Unterassistentenrotation zu mir sagt: „Wissen Sie, dieses ganze medizinische Know-how lernen Sie entweder bei uns, oder Sie schlagen es rasch nach. Wichtig ist, dass Sie mit Menschen umgehen können!“ Er musste den Satz für mich wiederholen. Nicht, weil ich ihn nicht verstanden hätte, sondern weil er nach all den Jahren, so unerwartet unspektakulär, doch noch fiel.

Das Idealbild der Medizin war und ist das eines humanistischen Universalgenies. Dies ist nicht per se falsch, im Gegenteil – doch die Selbsternennung zum Halbgott in Weiss mit anschliessender Selbstbeweihräucherung und -kasteiung einerseits und ein fanatisches Sich-Verlieren in Parametern, (Labor-)Werten oder Arbeitsprozessen andererseits liegen gefährlich nahe. Als hätte jemand das Wasser des Lebens direkt neben Strychnin gestellt.

Es ist zu hoffen, dass die Grundmotivation eines guten Medizinstudierenden, sei er interessiert am Detail (zukünftige ForscherInnen) oder den grösseren Zusammenhängen (zukünftige KlinikerInnen), doch eines ist: ein altruistisches Interesse an der Gesundheit des Einzelnen und damit der Gesellschaft als Ganzes. Die Entscheidung zum teilweise selbstlosen Einsatz zum Wohle anderer. Alles Werte, die nur zu leicht am Skelett neben dem Eingang hängenbleiben oder in den Wälzern des Careums verlorengehen. Und irgendwie blinzelt man dann, und schon ist das Studium auch schon vorbei.

Verführerisch ist der Gedanke, jetzt erst einmal die Ausbildung zu beenden und später schon mal eines Tages dann ... und *zack*, geblinzelt, die Pension steht an. Der erste Schritt des Engagements ist und bleibt „verdammt hart“ (Falschzitat Ullrich!), immer mit Aufwand verbunden – und die Ausbildung in der Medizin ist ohnehin nie fertig. Sorry.

Dabei zeigte sich besonders während der Coronakrise, welchen Einfluss bereits Medizinstudierende auf gesellschaftlicher oder politischer Ebene haben können – und, als zukünftige Stützen des Gesundheitssystems, haben müssen! Denn wer, wenn nicht



wir, kann und muss zur globalen Gesundheit beitragen? Ein Einsatz in dieser Hinsicht verlangt neben einer naturwissenschaftlichen Ausbildung eine menschliche Reifung, eine Selbstschulung, eben, Engagement. Er erfordert, dass wir uns dem Ideal des Universalgenies annähern.

Es muss kein medizinischer Fachverein sein. Aber es kann: Die swimsa bietet über assoziierte Mitglieder einen Reigen an Möglichkeiten zur Veränderung kleiner Welten. Letztlich ist die Entscheidung zwischen Achtung Liebe oder Teddybär Spital egal; es geht um den Grundsatzentscheid, effektiv etwas zum Besseren verändern zu wollen. Nicht zuletzt ist es das mit solchen Einsätzen verbundene Training von Soft Skills, die später einen guten Arzt ausmachen. Sie werden hartnäckig verlacht, diese Soft Skills. Trotzdem erhält man 80% der Informationen über die PatientInnen durch eine gute Anamnese auf einer funktionierenden Vertrauensbasis. Team-Leading und organisatorische Skills, Management-Erfahrung, Durchsetzungsvermögen – alles Eigenschaften, die spätestens ab Stufe Oberarzt hochrelevant werden. Bei der Freiwilligenarbeit können sie en passant, gratis und in einem geschützten Rahmen erlernt werden.

Mit ausserordentlichen Fähigkeiten im Bereich Auftreten und Präsentieren wird man Präsident der Vereinigten Staaten; mit guten Fähigkeiten im Bereich Schreiben immerhin Gastautor beim Ziner – und irgendwie verblasst die Relevanz der auswendig gewussten x-ten Differenzialdiagnose der Pankreatitis vor diesem Hintergrund dann doch ein wenig (sind wir ehrlich, „I GET SMASHED“ ist ein so lustiges wie unhilfreiches Akronym).

Wir sind Studierende und haben die grossen Würfe noch vor uns – unser Engagement muss keine weltbewegenden Veränderungen zum Ziel haben. Aber sogar dies ist möglich. Die IFMSA, die „International Federation of Medical Students' Associations“ ist mit über einer Million Mitglieder eine der grössten Studierendenorganisationen der Welt. Dementsprechend Gewicht haben ihre Meinung und ihre Initiativen. Auch dort ist es möglich, über unterschiedliche Wege in unterschiedlichen Bereichen aktiv zu werden.

Die gesundheitlichen Folgen des Klimawandels; Folgen einer zunehmenden Repression gegen LGBTQIA*-Personen im Rahmen des globalen Rechtsrutsches der Regierungen; psychische und physische Folgen

von Krieg, Verfolgung und Terror; Missstände im Gesundheitssystem, die so stark wuchern können, dass Whistleblowing überhaupt vorkommen kann und dann noch bestraft wird ... – das sind unsere Probleme, an deren Lösung wir mitwirken müssen. Jetzt, im Studium, später.

Viele Strukturen sind bereits vorhanden. Was es braucht, sind Menschen, die sie vorantreiben. Im Grossen wie im Kleinen. Dafür ist es selten zu spät, aber niemals zu früh. Auch und gerade wenn sich jetzt die (hoffentlich!) einmalige Chance bietet, das Momentum aus der Coronakrise mitzunehmen. Die Tatsache, dass das Studium, wie so vieles im Nachhinein, in einem gefühlten Blinzeln vorüberzieht, ist nicht veränderbar. Das, was dazwischen geschieht, was bleibt, und was daraus entsteht – das zu beeinflussen, ist dagegen die Aufgabe jedes und jeder einzelnen von uns.

Maladie onze

„Eine merkwürdige Krankheit mit epidemischem Charakter ist in Madrid aufgetreten. Diese Epidemie verläuft harmlos, keine Todesfälle bisher gemeldet.“ So lautete ein Telegramm, das Ende Mai 1918 die spanische Agencia Fabra an die britische Nachrichtenagentur Reuters sandte. Kurz darauf verkündete Reuters, dass auch der spanische König Alfons XIII. an der „merkwürdigen Krankheit“ erkrankt sei. In Spanien nahm man zur damaligen Zeit zu Recht an, dass sich die Krankheit von Frankreich her ausgebreitet hatte, da in den Jahren 1917 und 1918 rund 24'000 Spanier in Frankreich arbeiteten, von denen viele kurz vor dem Ausbruch zurückgekehrt waren. Aus diesem Grund war die Krankheit in Spanien anfangs als „Französische Grippe“ bekannt.

Frankreich befand sich zu jener Zeit noch im Krieg mit Deutschland. Wie in jedem kriegstreibenden Land galt in Frankreich eine starke Pressezensur – demoralisierende Nachrichten an Soldaten und die Zivilbevölkerung waren unerwünscht. Militärärzte sprachen lediglich von der geheimnisvollen «maladie onze» (dt. Krankheit elf). Dabei waren erste erkrankte Soldaten bereits am 10. April 1918 in die Lazarette eingeliefert worden. Ende April – rund einen Monat vor der Meldung aus Madrid – erreichte die Epidemie Paris. Auch Grossbritannien war von der Krankheit stark betroffen: In den ersten beiden Wochen des Monats Mai wurden in der britischen Marine 10'000 Krankheitsfälle gemeldet, weshalb sie nicht ausfahren konnte. Die Pressezensur der kriegstreibenden Länder verzerrte jedoch das Bild über die tatsächlichen Zustände in Europa. Spanien, das im Ersten Weltkrieg neutral geblieben war, liess als erstes Land offen über den Ausbruch berichten. Aus diesem Grund ist die Krankheit, die kurz darauf mehr Menschen das Leben kosten sollte als der Krieg selbst, noch heute als die Spanische Grippe bekannt. Über den tatsächlichen Ursprungsort

der Krankheit wird in der Forschung noch heute debattiert. Einig ist man sich darüber, dass die Pandemie von 1918 nicht in Spanien ihren Anfang nahm. Als mögliche Ursprungsorte werden die USA, China und Nordfrankreich diskutiert. Wahrscheinlich stammt das Virus aus den USA, da genetische Analysen eine hohe Übereinstimmung mit nordamerikanischen Vogelgrippeviren aufweisen. Dies deckt sich mit Berichten von einigen schweren Grippefällen im Bundesstaat Kansas. Dort behandelte der Arzt Loring Miner zu Beginn des Jahres 1918 zahlreiche Grippefälle, bei denen ungewöhnlich heftige Symptome auftraten. Die Krankheit verlief rasend schnell und gelegentlich tödlich. Mindestens drei Personen aus dem betroffenen Gebiet wurden Ende Februar 1918 in ein Ausbildungslager der US-amerikanischen Armee eingezogen. Über diesen Weg könnte das Virus auf Angehörige der Armee übertragen worden sein. Andererseits lässt sich innerhalb der Armee bereits im Dezember 1917 eine deutlich erhöhte Mortalität bei Atemwegserkrankungen beobachten. Der exakte Ursprungsort des Virus bleibt daher ein Geheimnis.

Der Erste Weltkrieg erwies sich als Katapult für die Ausbreitung des Influenzavirus: Zwischen März und August 1918 trafen mehr als eine Million US-amerikanische Soldaten in Europa ein. Ein so reger Austausch zwischen den beiden Kontinenten hatte zuvor noch nie stattgefunden. Mit den Truppentransporten gelangte das Virus nach Frankreich, wo sich die Maladie onze rasch in der Armee und in der Zivilbevölkerung ausbreitete. Obwohl die Mobilität zwischen den kriegstreibenden Staaten erheblich eingeschränkt war, machte das Virus nicht an den Fronten halt, sondern breitete sich schnell nach Deutschland und Österreich aus. Eine Rolle könnte dabei die Verbreitung über neutrale Staaten wie die sehr stark betroffene Schweiz gespielt haben. Über russische Kriegsgefangene, die nach Abschluss des Separatfriedens von Brest-Litowsk vom 3. März 1918 von Deutschland entlassen wurden, breitete sich die Krankheit weiter nach Osten aus. Die Spanische Grippe manifestierte sich ähnlich wie andere Influenza-Erkrankungen durch einen plötzlichen Krankheitsbeginn mit Kopf- und Gliederschmerzen, Schüttelfrost, trockenem Husten und Bra-

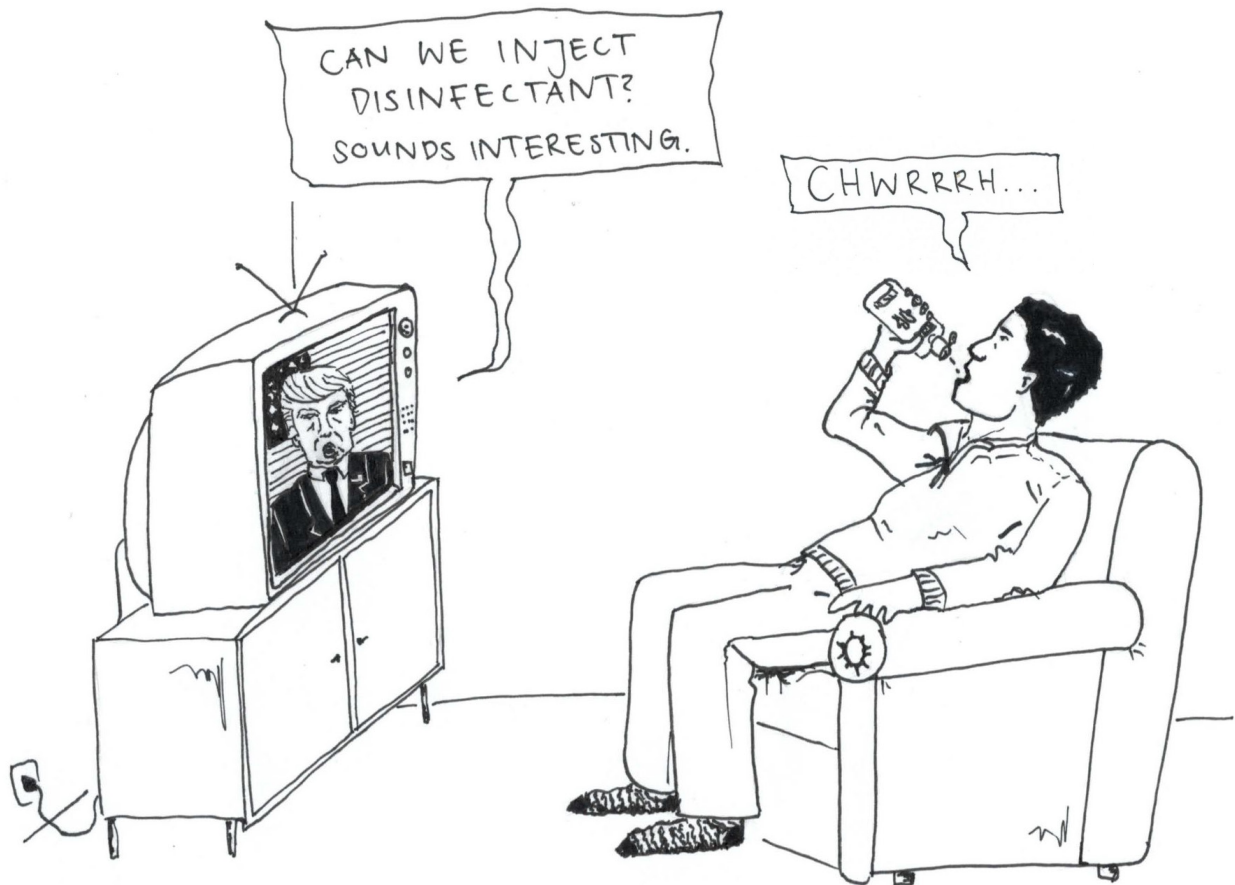


Illustration: Catrina Pedrett

dykardie. In schweren Fällen kam es zu einer Lungenentzündung entweder in Form einer viralen Primärpneumonie oder einer bakteriellen Superinfektion. Sie wurde begleitet von einem hämorrhagischen Fieber mit bläulicher Verfärbung von Haut und Lippen. Häufigste Todesursache war die sekundäre Pneumonie durch bakterielle Superinfektion. Überlebende litten oft ein Leben lang an Schwäche und neurologischen Störungen wie der Enzephalitis lethargica.

Die Pandemie verlief in drei Wellen im Frühling 1918, im Herbst 1918 und im Frühling 1919. Die erste Welle wies noch keine auffallend hohe Letalität auf. Erst mit der Herbstwelle zeigte sich das als typisch geltende Bild der Spanischen Grippe mit einer hohen Sterberate insbesondere bei der jungen Bevölkerung zwischen 20 und 40 Jahren. Die Todesrate stieg in den betroffenen Gebieten so stark an, dass man mit den Beerdigungen nicht mehr nachkam und sich die Leichen in den Gängen der Leichenhäuser stapelten. Eine Warnung aus den östlichen Städten Nordamerikas an die erst später betroffenen westlichen Städte macht das Ausmass der Todesfälle

deutlich: «Finden Sie jeden verfügbaren Tischler und Schreiner und lassen Sie sie Särge herstellen. Dann nehmen Sie Strassenarbeiter und lassen Sie sie Gräber ausheben. Nur dann haben Sie eine Chance, dass die Zahl der Leichen nicht schneller steigt, als Sie sie beerdigen können.» Die dritte Welle umfasst verschiedene lokale Herde in den Jahren 1919 und 1920. Bis zum Ende der Pandemie verstarben an der Spanischen Grippe weltweit mindestens 20 bis 50 Millionen Menschen, Schätzungen reichen bis zu 100 Millionen. Mehr als die Hälfte der Todesopfer entfielen auf Asien.

Die Medizin stand vor einer grossen Herausforderung – weder war der Erreger der Krankheit bekannt, noch verfügte man über ein geeignetes Heilmittel. Immerhin führte die Spanische Grippe zu ersten Vermutungen, dass nicht das Bakterium *Haemophilus influenzae*, wie man seit dessen Entdeckung 1892 glaubte, der Erreger der Grippe sei, da sich das Bakterium nicht bei allen Erkrankten isolieren liess. Stattdessen war immer häufiger von einem Virus die Rede. Tatsächlich vermuteten wohl nur wenige einen viralen Erreger hinter der Krankheit, denn

das Wort «Virus» wurde damals zur Beschreibung sämtlicher Ursachen von Infektionskrankheiten verwendet. Seit Adolf Mayer 1882 bewiesen hatte, dass Krankheiten auch durch filtrierte Lösungen übertragen werden können, war zwar bekannt, dass es noch kleinere Krankheitserreger als Bakterien geben müsse, man wusste jedoch nur sehr wenig über diese Viren. Das Influenzavirus konnte erst 1933 nachgewiesen werden.

Ursächliche Therapieoptionen gegen die Grippe gab es nicht. Trotzdem wurden äusserst fragwürdige Behandlungsmethoden empfohlen wie elektrische Lichtbäder, diätetische Massnahmen und verschiedenste Arzneimittel. Zur symptomatischen Therapie standen besonders Antipyretika im Vordergrund, allen voran die Acetylsalicylsäure. Sie war der wichtigste Arzneistoff im Kampf gegen die Spanische Grippe. Gegen die Schmerzen und den Reizhusten wurden Opiode und Kokain eingesetzt. Um die Ausbreitung der Pandemie einzudämmen wurden in einigen Ländern Quarantänen für einfahrende Schiffe verordnet. In New York wurde das Spucken auf der Strasse verboten, andere Städte führten eine

Mundschutzpflicht im öffentlichen Raum ein oder erliessen Verbote von Massenveranstaltungen. Empfehlungen, wie die Krankheit umgangen werden könnte, umfassten die Vermeidung von Menschenmengen, Mund, Haut und Kleider sauber zu halten, häufiges Lüften, häufiges Händewaschen und viel trinken. Dazu kamen auch weniger sinnvolle Anweisungen, wie das Gurgeln mit antiseptischen Spülmitteln. Massnahmen wie Veranstaltungsverbote und Mundschutzpflicht während der Spanischen Grippe sind noch heute Gegenstand der Forschung und hatten einen Einfluss auf ähnliche Entscheidungen während der Covid-19-Pandemie. Die Spanische Grippe liefert einen Stichprobenumfang von unvergleichbarer Grösse, der für umfangreiche Datenanalysen genutzt werden kann. In zwei Studien aus dem Jahr 2007 konnte nachgewiesen werden, dass die Todesrate in Städten, in denen ein Veranstaltungsverbot und eine Mundschutzpflicht galten, um 50% gesenkt werden konnte. Die Schweiz wurde von der Spanischen Grippe besonders hart getroffen. Zwischen Juli 1918 und Juni 1919 starben in der Schweiz gemäss

Vereinzelte Massnahmen wie die Bereitstellung von Automobilen für das medizinische Personal, eine Verlängerung der Öffnungszeiten von Apotheken und eine Geldentschädigung für sämtliche medizinische Berufe, bei denen man einem erhöhten Risiko für Infektionen ausgesetzt war, dienten lediglich der Entlastung der Ärzteschaft, jedoch nicht der Bekämpfung der Pandemie. Massnahmen wie ein Versammlungsverbot oder Schulschliessungen mussten von den Kantonen und Gemeinden selbst angeordnet werden. Dadurch wurden in den Kantonen unterschiedliche Massnahmen zeitlich versetzt eingeführt, was die Bekämpfung der Pandemie weniger effizient machte. Der Kanton Zürich ging gegen die erste Welle mit einem Versammlungsverbot sowie einer Verlängerung der Schulferien um 14 Tage vor. Durch das Versammlungsverbot und die damit verbundene Schliessung von Theatern, Konzertsälen und Restaurants wurden viele mittellose Künstler, Musikerinnen und Kellner arbeitslos. Die Stadt Zürich griff den betroffenen Gruppen mit einer Hilfsstelle unter die Arme. Aufgrund der grossen ökonomischen

auf die Pandemie: Wie Covid-19 wurde auch die Spanische Grippe von vielen Regierungen vollkommen unterschätzt, Interventionen schienen übertrieben. Überraschender sind jedoch Parallelen im Bereich von Verschwörungstheorien. Die Theorie, die Krankheit werde auf alle erdenklichen Weisen durch eine Biowaffe der Deutschen ausgelöst, verbreitete sich in Windeseile in den alliierten Ländern und wurde unter anderem von der US-amerikanischen Regierung aktiv unterstützt. Die Basisreproduktionszahl des Influenzavirus H1N1 lag zwischen 2 und 3, diejenige von SARS-CoV-2 bei 3. Die Letalität der Spanischen Grippe wird auf 2.5 – 4% geschätzt, diejenige von Covid-19 auf 0.4 – 2.6%. Die beiden Erkrankungen wurden bereits in einer Studie des Wissenschafters Mike Famulare am Institute for Disease Modelling im Januar 2020 umfangreich miteinander sowie mit der Asiatischen Grippepandemie von 1957 und 1958 verglichen. Letzterer fielen rund eine Million Menschenleben zum Opfer. Die Studie wurde von der WHO zur Bewertung der Covid-19-Pandemie zitiert und kam zum Schluss, dass

Aufgrund der grossen ökonomischen Belastung wurde während der zweiten Welle ein deutlich weniger weitreichendes Versammlungsverbot erlassen, obwohl diese viel tödlicher verlief.

offizieller Statistik 24'449 Menschen an der Spanischen Grippe, was 0.62 Prozent der damaligen Bevölkerung entspricht. Da im Verlauf der Pandemie nie eine bundesweite Meldepflicht eingeführt wurde, sind die tatsächlichen Zahlen vermutlich deutlich höher. Am schlimmsten betroffen waren im Jura stationierte Grenztruppen – hier erkrankten 80 Prozent der Soldaten an der Grippe. Der Bundesrat schien abgesehen von einigen Ratschlägen zur Vermeidung von Ansteckungen nur sehr wenig gegen die Ausbreitung der Pandemie zu unternehmen, sondern schob die Verantwortung auf die Kantone ab.

Belastung wurde während der zweiten Welle ein deutlich weniger weitreichendes Versammlungsverbot erlassen, obwohl diese viel tödlicher verlief.

Gemessen an den Opferzahlen scheint die Covid-19-Pandemie im Vergleich zur Spanischen Grippe deutlich harmloser und ein Vergleich realitätsfern. Tatsächlich sind die Ähnlichkeiten jedoch frappant und geben einen beispielhaften Eindruck, wie sich die Zeiten in den letzten 100 Jahren geändert haben, aber auch, wie vieles gleich geblieben ist. Letzteres gilt besonders für die gesellschaftlichen Reaktionen

Covid-19 sowohl in seiner Übertragbarkeit als auch in seinem klinischen Schweregrad als der Spanischen Grippe gleichwertig und als deutlich schwerwiegender als die Asiatische Grippe zu betrachten ist.

Bei der Einordnung solcher Resultate ist jedoch zu beachten, dass epidemiologische Folgen einer Pandemie nicht nur von der Art der Krankheit, sondern auch von der Altersstruktur der Gesellschaft, der Häufigkeit von Komorbiditäten, dem Zugang zu Gesundheitsleistungen, den Möglichkeiten zur Diagnostik sowie der Wirksamkeit von Interventionen abhängen. Gerade hierin liegen die

wichtigen Unterschiede zur Pandemie von 1918: Covid-19 ist besonders gefährlich für die ältere Bevölkerung, die in den industrialisierten Ländern zwar einen sehr hohen, in den Schwellen- und Entwicklungsländern jedoch einen deutlich geringeren Anteil an der Gesamtbevölkerung hat, als es 1918 bei den 20- bis 40-Jährigen der Fall war. Häufigste Todesursache der Spanischen Grippe war die bakterielle Superinfektion, die auch bei Covid-19 ein Problem darstellt. Heute kennt man Antibiotika, mit denen die Betroffenen behandelt werden können. Besorgnis weckt dabei der Gedanke, welche Bedeutung die zunehmende Problematik der Antibiotikaresistenzen

für zukünftige Pandemien haben könnte. Der grösste Unterschied zur Spanischen Grippe liegt darin, dass während der heutigen Pandemie der Erreger bekannt ist – 1918 konnte die Spanische Grippe nur klinisch diagnostiziert werden, wodurch ihre Ausbreitung kaum eingeschränkt werden konnte. Durch technische Neuerungen wie Proximity-Tracing können heute sogar gezielt Infektionsketten unterbrochen werden. Diese Unterschiede machen deutlich, dass die Covid-19-Pandemie nur in Bezug auf ihren Erreger mit der Spanischen Grippe vergleichbar ist. Durch den medizinischen Fortschritt in Therapie und Diagnostik und dadurch, dass das Virus vor

allem für ältere Personen gefährlich ist, dürfte die Pandemie deutlich glimpflicher vorbeigehen. Die Erkenntnis über die Ähnlichkeit der Erreger zeigt jedoch, welches Ausmass die Covid-19-Pandemie ohne vorsichtigen Umgang annehmen könnte. Mundschutzpflicht und Veranstaltungsverbote haben sich bereits 1918 als wirksame Massnahmen erwiesen, die Ausbreitung einer Krankheit einzuschränken. Sie sind nach wie vor das wichtigste Mittel im Kampf gegen SARS-CoV-2 und werden notwendig sein, bis ein Ende der Covid-19-Pandemie in Sicht ist.

Simon Christiaan

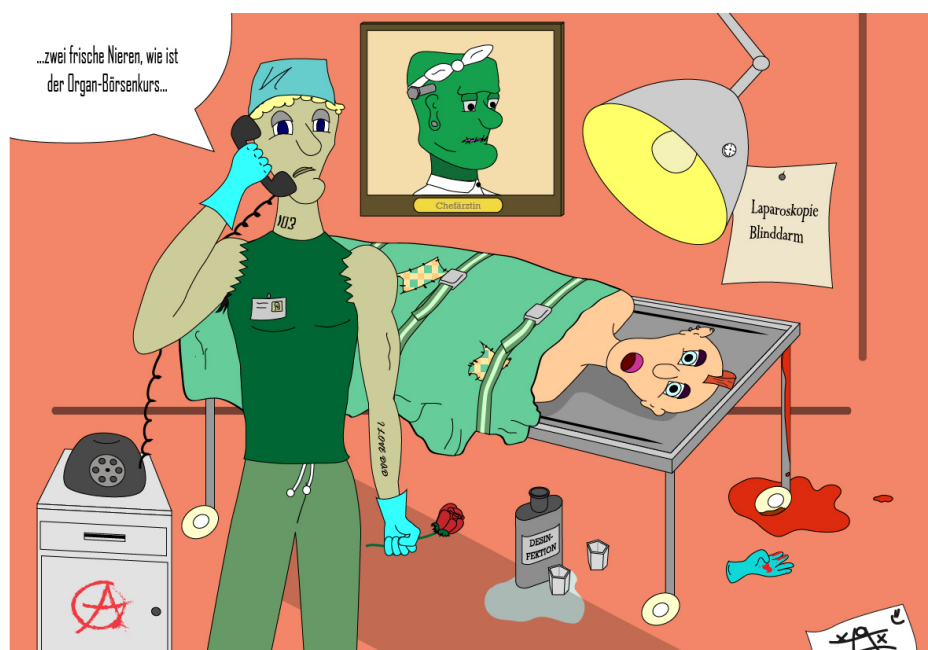
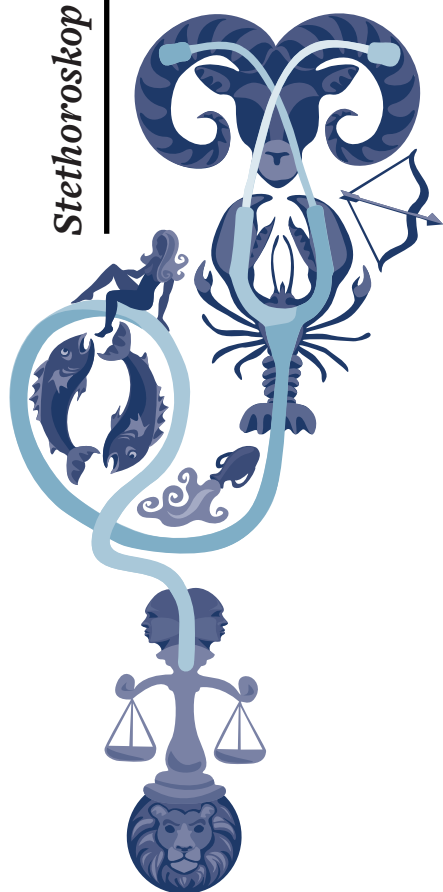


Illustration: Timo Obergfell

Finde die 13 Fehler



Corona hat in den letzten Monaten deine Pläne durchkreuzt und dein Leben bestimmt. Du hast dich zu lange leiten lassen von den Richtlinien des BAGs und den wilden Communiqués des Dekanats. Nun wird es Zeit, dass du die Zügel wieder selbst in die Hand nimmst! Wir zeigen dir den Weg aus deiner Misere.

(PS: Die Abstandsregeln limitieren leider auch die Platzverhältnisse auf dieser Seite - einige Sternzeichen mussten wir deshalb in den Sternen lassen...)

Jungfrau

Dein Lockdown-Gspusi hat mit deinen Gefühlen gespielt und deinen Sinusrhythmus gehörig aus dem Takt gebracht? ADP und Betablocker nützen nun nichts mehr. In der zweiten Semesterwoche wird deine Herzachse neu ausgerichtet und du kannst dich wieder auf deine Karriere konzentrieren. Man munkelt auf der Gynäkologie wird eine Spitzenposition frei – vielleicht für dich?

Stier

Du machst deinem Sternzeichen alle Ehre und hast die Spitze der Coronastreitkraft verteidigt. Du hast dich jede Woche erneut passioniert dem Kampf gegen das üble Virus verschrieben. Man munkelt, du bist immer erst nach Hause gekommen, wenn deine Familie bereits im Bett war! Deshalb verschreiben wir dir aut idem: Gönn deinen Gyri und Sulci eine Pause mit einer ordentlichen Ventrikelspülung. Deine Samariterium-Augenringe stehen dir nicht gut zu Gesicht.

Widder

Statt Frühlingsgefühlen und Sommerflirt gab es bei dir in diesem August nur einen Insulianstieg. Lass die Finger von der Glukose und stürze dich stattdessen mit Elan ins neue Studienjahr. Dort könntest du jemandem begegnen, der noch ganz andere Hormonspiegel in Schwung bringt. Du hast die Wahl: Zuvorderst tummeln die strebsamen Musterstudierenden, während ganz hinten die Coolkids die Reihen belagern. Oder suchst du einen Selbst- und Morgen-Optimierer? Die Klappsitze sind dein Target.

Löwe

Die wahren Helden der Coronakrise haben sich nicht ein Duell mit dem Virus geliefert, sondern ein Showdown mit dem Dekanat. Lieber Löwe - du ahnst es schon - damit bist auch du gemeint. Nach einer Rücksprache mit der Toxikologie müssen wir dir leider mitteilen, dass die Beschwerdemails im Verdacht stehen, ein sympathomimetisches Toxidrom auszulösen. Im nächsten Semester heisst es deshalb für dich: Fahr deine Krallen ein und rauche eine Friedenspfeife mit der Prüfungsordination und dem Dekanat. Lasst euch dabei einfach besser nicht von Malcolm K. erwischen...

Steinbock

Dein Blutdruck schiesst in letzter Zeit des Öfteren in die Höhe? Wir verstehen gut, dass Anti-Vaccer und Coronaleugner dich zuweilen heftig in Wallungen versetzen. Übe dich darum ab der vierten Semesterwoche in Geduld und halte dein limbisches System wieder in Balance. Unser Tipp: Tone und Stretch im ASVZ macht dich locker und löst deine körperlichen Spastiken und mentalen Krämpfe. Falls dies keine Linderung bringt, nutze die Gunst der Stunde und verordne den Covidioten in deinem Leben Quarantäne auf unbestimmte Zeit.

Skorpion

Lieber Skorpion, du wagst es gar nicht zuzugeben, aber die Selbstquarantäne war eine Wonne für dich. Menschen brauchst du gar nicht. Wenn du nun zweifelst, ob Medizin das richtige für dich ist, ein kleiner Tipp von uns: Im Pathokurs findest du genau die Einsamkeit, nach der du dich sehnst. Oder vielleicht doch Holger?

Krebs

Du verirrst dich nicht nur am Irchel und krebst planlos durch die Flure im USZ, auch im Planen deiner Zukunft fehlt dir jegliche Orientierung. Deine Chancen liegen im neuen Semester! Stähle deinen M. deltoideus im ASVZ, aktiviere dein Broca-Areal im Sprachenzentrum oder verbessere deine Sozialkompetenz in einem studentischen Verein. Die neuen Perspektiven zeigen dir den Weg zu deiner inneren Mitte.

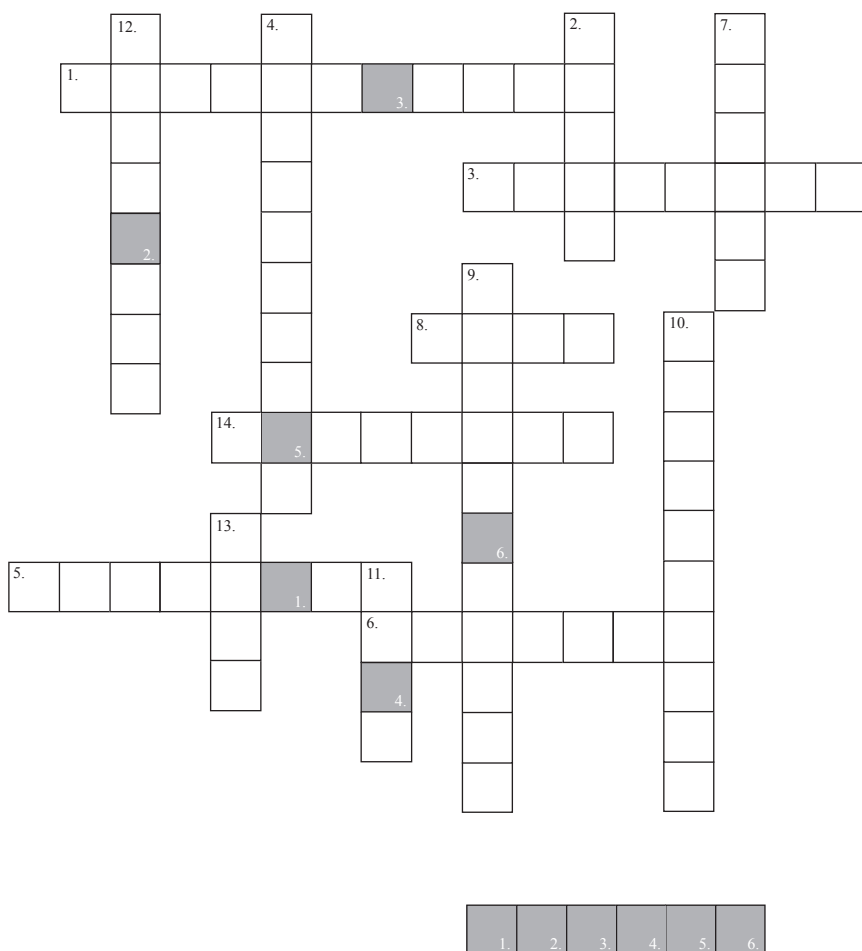
Zwilling

Zwillingen fallen Entscheidungen schwer. Doch lass die scheinbar ewigen sechs Jahre Studium nicht an dir vorbeisausen. Deshalb, verschwen- de nicht zu viele Gedanken für die perfekte Wahlstudienjahrstelle (gibt es nicht), die Fachrichtung deiner Träume (ändert sich noch) oder ob du Geld für den edlen, metallenen Reflexhammer ausgeben solltest (der Plastikhammer ist besser). Stattdessen können dir Butylscopolamin und Lavendelöl helfen, mehr im Einklang mit der intuitiven Energie deines Bauchgefühls zu leben.

Sabina Rüz & Sophie Reichert

Bist du im Rätseln der Hammer?

Dann hast du hier den Steigbügel für erfolgreiches Lernen!



1. Herr Weber zog frisch in sein neues Haus. Er stolperte und knickte im OSG um. Vor Schmerz sang er ein hohes C. Welchen Bruch hat er?
2. Einheit, Organ + t
3. Soforthilfe beim Harnverhalt
4. Körperlose Kinderkunst
5. Vermittelt die Printemps-Pollenpeinigung
6. Sehhilfe, sowie klassisches Hämatom nach Fausteinwirkung
7. Substanz des Zahnes, englisch „Delle in...“
8. Fahrzeug und Präfix für „selbst“
9. Ursache, die Michael Douglas seinem Zungenkarzinom zuschreibt. Den Typ kennt man schon noch, oder?
10. Dort und dort und dort und dort im Bindegewebe
11. Stärkt Verbindungen im Seepferdchen
12. Papillen nach Tumps Geschmack
13. Mexikanisches Gericht und Komplikation nach Transfusion
14. Armer Heiliger, periphere Nervenläsion

Adrian Walter

zu gewinnen

2x1 studentisches Jahresabo von Amboss
Lösungswort, Name und Adresse bis zum
31. Oktober 2020 an kreuzwortraetsel@derziner.ch

 AMBOSS

„Anfangs hielt man die Corona-Krise für eine Pandemie, aber mit der Zeit entpuppte sie sich als globaler Intelligenztest.“

The Internet

„Die Contact-tracing App dient der Beobachtung und dem Ausspionieren der Menschheit. Das Virus ist nur ein Vorwand.“

Patientin

Mann weist zwei junge Mädchen darauf hin, dass sie im Zug Gesichtsmasken tragen müssen. Diese daraufhin, kichernd: „Uuuuh, Corona!“ Der Mann: „Eigentlich will ich einfach eure Gesichter nicht mehr ansehen müssen.“

Jodel

„Die Pharmafirmen sind verantwortlich dafür, dass es das Corona-Virus gibt. Ihr

Ziel ist es, die ganze Welt zwangsgeimpft zu lassen, um einen möglichst grossen Gewinn zu erwirtschaften. Die Menschheit wird so abhängig von den Konzernen für zukünftige Virensausbrüche.“

Patientin

„Absolute Frechheit dass ich nun so einen Corona-Abstrich machen muss - ich habe doch nur es bitzli Fieber und Husten“

Patient bei der Eingangskontrolle im USZ

„Haben Sie hier auch diese Masken mit dem Schlitz in der Mitte? Ich würde gerne etwas essen.“

Patient (im vollen Ernst). Hat die Ironie eines 20 min-Artikels nicht verstanden.

„Sie müssen mir glauben, dass ich einen Test brauche, meine Hand ist kälter als meine Stirn!“

Patient, der wild am Telefon argumentiert, weil er sich unbedingt testen lassen möchte (obwohl in der Anfangsphase der Krise nicht genug Testkapazität vorhanden war).

„Darf ich mich neben Sie setzen? Wir haben ja zwei Meter Abstand - einer von mir zu Ihnen und einer von Ihnen zu mir zurück.“

Älterer, klar der Risikogruppe zugehöriger Mann im Restaurant.



Illustration: Annalena Schatzmann

UZH alumni med

DER NACHWUCHSFÖRDERUNG VERPFLICHTET

Als Mitglied

- bleibst Du dein ganzes Leben lang mit deinen Mitstudierenden und der Uni Zürich verbunden
- hilfst Du mit, junge Forscher/innen der Medizin zu unterstützen
- nimmst Du an interessanten Events teil
- profitierst Du von vielen Vergünstigungen

Erfahre mehr auf der medAlumni UZH Website: www.medalumni.uzh.ch

Mitgliedschaften sind ab dem 6. Studienjahr möglich. Der Jahresbeitrag von CHF 50.00 wird erst im 2. Jahr nach dem Staatsexamen fällig.

Mitglied der Dachorganisation uzh alumni

UZH alumni



University of Zurich ^{UZH}



Während unserer hygienewegen digital durchgeführten Sitzung, haben wir uns unser Thema zu Herzen genommen und Gegenstände aus dem medizinischen Alltag „missbraucht“.



Der Ziner wird auf Blauer Engel-zertifiziertem Recyclingpapier gedruckt. Onlineprinters produzieren und versenden alle Hefte möglichst klimaneutral. Emissionen werden intern möglichst gering gehalten und verbleiben der CO₂-Ausstoss wird mit ClimatePartner-zertifizierten Klimaprojekten ausgeglichen.



Wenn nicht ausdrücklich ein Geschlecht genannt wird, beziehen wir uns im ganzen Magazin auf das grammatikalische Geschlecht und nicht auf das biologische.

Redaktionsleitung Dmitrii Marchukov, Tim Honegger
Layout Sabina Rätz - Catrina Pedrett - Gioia Epprecht
Website Gioia Epprecht **Redaktion** Adrian Walter - Andi Gashi - Anja Moczko - Annalena Schatzmann - Annik Steimer Bigna Hut - Catrina Pedrett - Dmitrii Marchukov - Gioia Epprecht - Nathalie Bohl - Nicolà Caflish - Sabina Rätz - Simon Christiaan - Sophia Diyenis - Tim Honegger - Timo Obergfell Zeno Benci **Inserate** Sophia Diyenis **Titelbild** Sabina Rätz - Catrina Pedrett - Gioia Epprecht

Konsumieren?



Kreieren!

Wusstest du schon, dass...

- ... der atlantische Eintrittspunkt des Panamakanals westlich des pazifischen Eintritts liegt?
- ... die Sekunde ihren Namen bekommen hat, weil sie die zweite Division der Stunde durch 60 ist? Sie wurde als zweites kleines Teil benannt, lateinisch „pars minuta secunda“. Die Minute hat als „pars minuta prima“ das andere Wort des Begriffs bekommen.
- ... Marilyn Monroe und Queen Elizabeth im selben Jahr geboren wurden?
- ... eine Frau in suizidaler Absicht aus dem 86. Stockwerk des Empire State Buildings gesprungen ist, nur um von starkem Wind auf einen Vorsprung des 85. Stockes geblasen zu werden? Der schicksalhafte Windstoss brach ihr zwar das Becken, rettete aber ihr Leben.
- ... Cleopatra zeitlich näher an der Entwicklung des iPhones lebte, als am Bau der Pyramiden von Gizeh?
- ... das S in Harry S. Truman keine Abkürzung eines Namens ist? Sein Mittelname ist nur der Buchstabe S, weil sich seine Eltern nicht zwischen zwei mit S beginnenden Nachnamen entscheiden konnten.
- ... der Grossvater von Donald Trump, Frederick Drumpf, an der Spanischen Grippe gestorben ist?

