

DER ZINER

Was steht hinter Medi?

September 2022 N° 19



Vorbeugen statt begradigen

Politik zum
Rauchen

Warum unsere
Ernährung so eine
grosse Rolle spielt

Safer-Sex – a
pleasure based
approach

Wir setzen uns für Patientinnen, Patienten, für Angehörige und Fachpersonen ein.

Für ein menschengerechtes Gesundheitswesen.

www.menschenmedizin.com
info@menschenmedizin.ch

Du studierst Medizin und du suchst Austausch mit anderen
Medizinstudierenden über Situationen im Spital?

Tutorat für Medizinstudierende. Horizonterweiterung

tutorat@menschenmedizin.ch

Wir unterstützen Sie bei medizinischen Entscheidungen.
Persönlich. Unabhängig. Kostenlos.

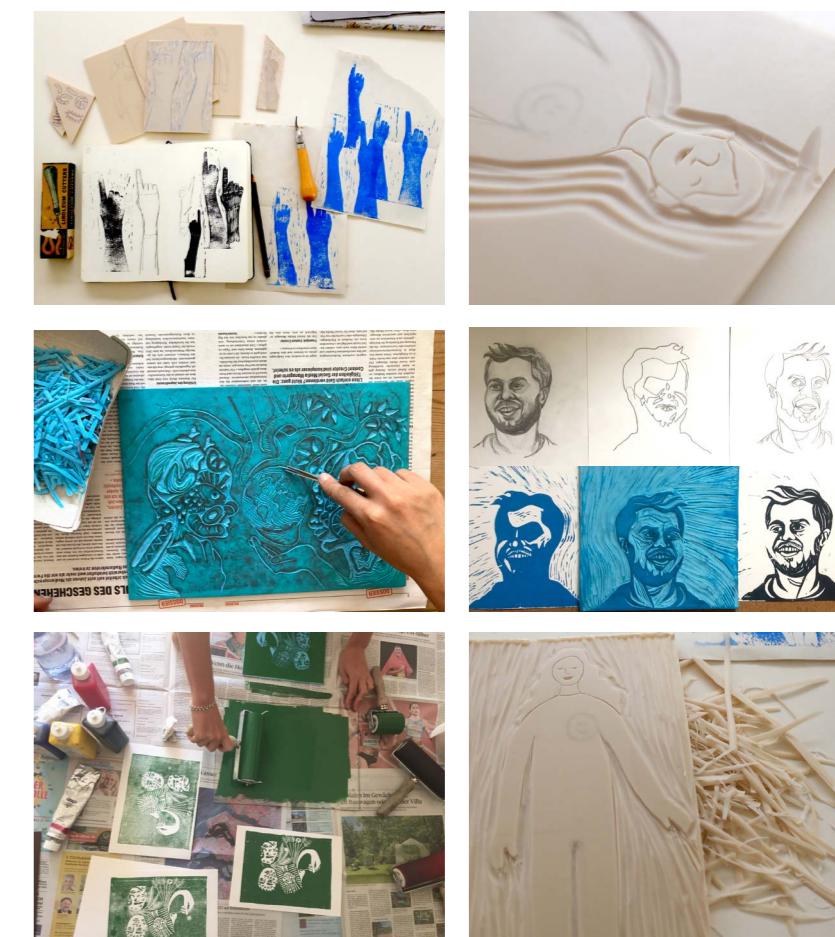
amm Café Med

Als amm-Mitglied sind Sie Teil einer Bewegung, die als ernstzunehmende
Stimme das Schweizer Gesundheitswesen gestaltet.
Mitgliedschaften unter 26-jährig sind kostenlos.

Editorial

Krankheitsprävention umfasst alle Anstrengungen, die Entstehung und den Verlauf von Krankheiten günstig zu beeinflussen, bevor sie sich klinisch manifestieren. Ihre wichtigsten Mittel sind die Vermeidung von Risikofaktoren und die Früherkennung. Im Gegensatz zur Behandlung von Krankheiten liegt die Verantwortung für Krankheitsprävention nicht in erster Linie bei der Medizin, sondern verteilt sich auf eine Vielzahl von Akteurinnen wie Politik, Bildung, Medien, Arbeitgeber und nicht zuletzt auf jedes Individuum. Über die Wirksamkeit und Kosteneffizienz von Krankheitsprävention ist bereits viel bekannt. Trotzdem bleibt der Erfolg der Krankheitsprävention heute weit hinter dem Möglichen zurück: 2019 waren in der Schweiz 46.8% der verlorenen potenziellen Lebensjahre auf Krebskrankungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen zurückzuführen, bei deren Entstehung vermeidbare Risikofaktoren eine wichtige Rolle spielen. Besonders hat unsere Gesellschaft mit ungesunder Ernährung, Tabakrauchen und Alkoholkonsum zu kämpfen. In dieser Ausgabe haben wir uns mit den dahinterliegenden Zusammenhängen auseinander gesetzt und berichten über Erfolge und Versagen der Krankheitsprävention und darüber, welche Wege wir in diesem Bereich in Zukunft einschlagen könnten.

*Ich wünsche eine angenehme Lektüre.
Simon Christiaanse,
Redaktionsleiter*



Wimmelbild 20

Leben in Semestern 22

Vier gewinnt

Kreuzworträtsel 23

Kulturcafé 24

Eine blinde Kuh entdeckt Zürich

Medizingeflüster 27

- 4 Safer-Sex – a pleasure based approach
- 6 Bachelorstudium Gesundheitsförderung und Prävention der ZHAW – Ein Interview mit David Mettler
- 8 Grundrezept für ein gesundes Leben
- 9 Tabakprävention auf Niederländische Art
- 10 Warum unsere Ernährung so eine grosse Rolle spielt
- 13 Beispiel einer Präventionsmassnahme: Jodtabletten
- 14 Politik zum Rauchen
- 18 Pocken sei Dank

Safer-Sex - a pleasure based approach

Wir befinden uns in einem Klassenzimmer in einer Zürcher Sekundarschule. Zwei Studierende von Achtung Liebe stehen vor 20 Schüler:innen und künden den Block «STIs» an. Zuerst wird erklärt, wofür «STI» steht – sexually transmitted infection, Englisch für sexuell übertragbare Krankheiten. STIs sind alle Infektionskrankheiten, die sich vor allem über sexuelle Kontakte übertragen. «COVID-19 kann natürlich auch beim Sex übertragen werden, wenn eine Person krank ist. Aber COVID-19 überträgt sich meistens über Husten und winzige Wassertropfchen in der Luft. Es überträgt sich nicht vor allem beim Sex und ist deshalb keine STI», erklären wir. Auf unsere Frage, «Kennt ihr denn schon STIs?», meldet die Klasse sofort «AIDS!».

In den Schulen behandeln wir die Erreger HIV, Chlamyden, Gonorrhoe, Syphilis, HPV, HBV und HSV. Dabei sind die Details unwichtig – primär geht es um vier Punkte:

Erstens: Pleasure-based Approach
Zweitens: Übertragungssituationen
Drittens: Konkrete Schritte zur Prävention von STIs

Viertens: Relevanz für die Adressat:innen

Generell gilt, die Sexualaufklärung altersadaptiert durchzuführen; das heißt, je älter die Schüler:innen, desto ausführlicher.

Ich bin der festen Überzeugung, dass die obigen Punkte nicht nur in Schulklassen, sondern auch in der medizinischen Praxis die Grundpfeiler für erfolgreiche STI-Prävention bilden – untersuchen wir sie also genauer.

Der Pleasure-based Approach beschreibt eine Haltung in der Sexualaufklärung, welche den Fokus auf die positiven, gesundheitsfördernden, wohltuenden Aspekte der Sexualität legt.

Pleasure-based Approach

Dieses Thema zuerst, da es den Boden für die weiteren Punkte bereitet. Der Pleasure-based Approach beschreibt eine Haltung in der Sexualaufklärung, welche den Fokus auf die positiven, gesundheitsfördernden

und wohltuenden Aspekte der Sexualität legt. Das Gegenteil davon wäre der Risk-based Approach: Das Hervorheben der Risiken (STIs, Schwangerschaft) und negativen Konsequenzen (Herzschmerz, Hölle o.Ä. je nach Konfession, Tod durch STIs, ein Kind), die Sexualität mit sich bringt. Der Pleasure-based Approach ist, im Vergleich zum Risk-based Approach, effektiver in der Förderung von sexueller Gesundheit und in der Risikoreduktion, indem er das Vermitteln von Wissen und Werten ermöglicht, die eine selbstbestimmte, gesunde und verantwortliche Sexualität ermöglichen. Die Kernaussagen fokussieren sich auf



die positiven Aspekte: Durch STI-Prävention sich sicherer fühlen und den Sex ohne Sorgen genießen.

Übertragung – das Wichtigste

Wie schon oben erwähnt, geht es hierbei nicht um das Rezipieren sämtlicher bakteriellen und viralen Reproduktionsschritte (auch wenn gewisse Professor:innen das sicher gerne hätten). Es geht darum, die Information auf das Wichtigste zu reduzieren und grundlegende Fragen zu beantworten, zum Beispiel, ob man vom Umarmen HIV kriegen kann (Disclaimer: Kann man nicht.) Sowohl die Übertragungswege als auch das -risiko variieren je nach STI. So kann HIV bei ungeschütztem Anal- und Vaginalsex übertragen werden, das Übertragungsrisiko ist aber relativ klein und bei ungeschütztem Oralsex besteht praktisch

kein Risiko. Übrigens können unter Medikation HIV-positive Personen die Virenlast so gering halten, sodass sie nicht infektiös sind und auch bei ungeschütztem Anal- und Vaginalsex kein Übertragungsrisiko besteht. Hingegen bergen Chlamyden, Gonorrhoe, Syphilis und HPV sehr hohe Übertragungsrisiken und werden bei ungeschützten Sexualkontakte übertragen, also bereits bei Schleimhautkontakten (Vagina, Vulva, Peniseichel, Analregion, Mund usw.) und durch Schmierinfektion (z.B. via Toys, gegenseitige Masturbation).

Wer Sex hat, hat also immer ein gewisses Risiko, sich mit STIs anzustecken. Das ist aber nicht schlimm, denn STIs kann man erkennen und behandeln – und so kommen wir zum nächsten Punkt.

Konkrete Schritte zur Prävention von STIs

Die Safer-Sex-Regeln des BAGs empfehlen Vaginal- und Analsex mit Kondom sowie die Durchführung des persönlichen Safer-Sex-Checks auf lovelife.ch. Daran angelehnt fokussieren wir bei Achtung Liebe auf drei Punkte: Kondom, Impfen und Tests. Für uns Mediziner:innen kommt die vierte Säule PrEP hinzu – die HIV-Präexpositionsprophylaxe als Teil von «Safer Sex» spielt ebenfalls eine wichtige Rolle. Hierzu nehmen HIV-negative Menschen ein antiretrovirales Medikament ein, um sich vor dem Sex präventiv vor HIV-Übertragung zu schützen. Dies betrifft vor allem Personen mit erhöhtem Risiko der HIV-Exposition. Kondome spielen bei Vaginal- und Analsex eine zentrale Rolle zur effektiven Verhinderung einer HIV-Übertragung und sie reduzieren die Übertragungsrisiken anderer STIs bei allen Sexualkontakten. Zur «Condom effectiveness» lässt sich feststellen, dass der Gebrauch von Kondomen das Übertragungsrisiko von bakteriellen STIs um schätzungsweise 50% senkt – würde man einen 100%-Schutz wollen, müsste man auch für oro-penile, digito-vaginale, digito-orale, vagino-vaginale, brachio-anale und weitere Kontakte eine Barrieremethode verwenden. Hat man nicht gerade einen Latex-Fetisch, ist diese Umstellung doch recht umständlich. Dennoch mindert das nicht die Relevanz des Kondoms

in der STI-Prävention, da es 100% vor einer sexuellen Übertragung von HIV schützt.

Ist man sexuell aktiv, ist grundsätzlich, auch ohne klinische Symptome (!), das Testen auf die Big5 (Chlamyden, Gonorrhoe, Syphilis, HIV, HepB) angezeigt.

Gegen HBV und HPV kann man sich impfen. Letzteres ist seit 2018 sinnvollerweise nun auch für Jungs empfohlen.

Für sexuell aktive Menschen ist auch ohne klinische Symptome das Testen auf die Big5 (Chlamyden, Gonorrhoe, Syphilis, HIV, HBV) angezeigt. Dabei ist es egal, welches Geschlecht die Sexualpartner:innen haben. So sollten zum Beispiel auch Frauen, die mit Frauen Sex haben (FSF), sich zumindest auf die Big3 (Chlamyden, Gonorrhoe, Syphilis) testen lassen – leider werden STIs bei FSF wohl immer noch unterdiagnostiziert, da die Prävention sich vor allem auf Sex mit Penissen fokussiert. Konkret sollte man sich drei Monate nach Beziehungsbeginn testen. Sofern die Beziehung sexuell monogam oder geschlossen non-monogam geführt wird, ist man vorerst vor STIs geschützt. Bei wechselnden Partner:innen oder offen non-monogamen Beziehungen empfehlen wir eine jährliche bis sechsmonatige Testung.

Relevanz für die Schüler:innen und Patient:innen

Erfahrungsgemäß leuchten die Methoden der Primärprävention (Kondome und Impfen) den meisten schnell ein. Wieso aber sollte man die Mühe auf sich nehmen, sich ohne klinische Symptome testen zu lassen? Testen ist auch ohne klinische Symptome sinnvoll, da einige STIs asymptomatisch verlaufen können; dies trifft insbesondere auf Chlamyden und Gonorrhoe zu, mit möglichen Spätfolgen (z.B. Sterilität). Nur mit einem Test kann man also wissen, ob man eine STI (nicht) hat. Die Risikoerwägung allein hilft nicht. Das Ziel ist, die STI anhand eines Tests zum richtigen Zeitpunkt auszuschliessen oder zu erkennen und zu therapieren. Für die eigene Gesundheit, doch auch für die aller Beteiligten – und so schlagen wir

den Bogen zu Punkt 1, Pleasure-based Approach: Die Prävention von STIs durch Kondome, Impfungen und regelmässige Tests verhilft einerseits zur Gewährleistung sexueller Gesundheit, andererseits wird auch das zwischenmenschliche Verantwortungsbewusstsein und die Fürsorglichkeit aller miteinander sexuell intimen Personen gefördert.

Eine substanzielle STI-Prävention wäre gefragt, nützlich und günstiger als die Behandlung der Erkrankungen beziehungsweise deren Folgen. Abstinenz und Treue als einzige STI-Prävention zu propagieren, ist nicht nur unrealistisch, sondern widerspricht unseren Grundrechten auf sexuelle und reproduktive Gesundheit. STIs sind nicht schlimm und man muss sich für sie nicht schämen – sie gehören zu einem sexuell aktiven Leben dazu, genauso wie

das Potenziell-Sich-Erkälten beim Treffen von Freund:innen. Lasst uns also mehr über STIs sprechen und darüber, sich testen zu lassen. Die Sexualaufklärung für die Prävention von STIs ist nicht an das Klassenzimmer gebunden – lasst uns unsere Verantwortung wahrnehmen, die wir Mediziner:innen in der Umsetzung der sexuellen Gesundheit als Grundrecht haben!

Die Gastautorin Anna Landolt studiert im 6. Jahr Humanmedizin und ist ehemalige Präsidentin von Achtung Liebe Zürich. Sie hat sich zuletzt im März 2022 testen lassen.

Achtung Liebe ist eine Non-Profit-Organisation von Studierenden, welche sich für eine ganzheitliche Sexualaufklärung engagieren. Der Verein ist assoziiertes Mitglied der swimsa und steht motivierten Studis aller Fachrichtungen offen, welche an einer Schweizer Hochschule immatrikuliert sind.

www.achtungliebe.ch
praesidium.zh@achtungliebe.ch

Illustrationen: Fabia Lauper



Bachelorstudium Gesundheitsförderung und Prävention der ZHAW – Ein Interview mit David Mettler



David Mettler ist 24 Jahre alt, kommt aus Winterthur und studiert Gesundheitsförderung und Prävention an der ZHAW, ein Bachelorstudiengang, der ein breites Wissen zu den verschiedensten Arbeitsfeldern der Gesundheitsförderung und Prävention vermittelt. Neben dem Lernen von theoretischen Grundlagen werden auch Praktika absolviert, um den optimalen Berufseinstieg zu garantieren. Der Anwendungsbereich ist vielfältig und vergrössert sich ständig. Mit David durften wir über sein Studium reden und dabei seine grosse Begeisterung für die Gesundheitsförderung und Prävention spüren.

Ziner: In welchem Semester bist du? Was hast du vor dem Studium gemacht?

David: Zurzeit bin ich im 4. Semester und absolviere ein Praktikum beim EPI WohnWerk, einem Betrieb der Schweizerischen Epilepsie-Stiftung. Im EPI WohnWerk finden Erwachsene mit Beeinträchtigung und Behinderung eine Arbeit und ein Zuhause.

Vor dem Studium habe ich eine Lehre als Automatiker inklusive BMS absolviert. Anschliessend habe ich gearbeitet und Militärdienst geleistet. Das war aber nichts für mich. Im Zivildienst habe ich die sozialen Berufe kennengelernt und mir überlegt, wie es weitergehen soll. Daraufhin habe ich ein Praktikum gemacht und mich entschieden, ein Studium in der Gesundheitsförderung anzufangen.

Ziner: Warum hast du dich für das Studium entschieden?

David: Ich vertrete die Meinung, dass man etwas für die Gesundheit tun sollte, bevor es zu spät ist. Dabei sollte man sich nicht nur auf die physische, sondern auch auf die psychische Gesundheit konzentrieren. Ausserdem finde ich, dass die Gesundheitsförderung Punkte anstrebt, die mir persönlich auch sehr wichtig sind: zum Beispiel Chancengleichheit oder eine gute Gesundheitsversorgung für alle.

Gleichzeitig haben mir die Inhalte des Studiums zugesagt. Es geht unter anderem um die biopsychosoziale Sichtweise, aber auch viel um Kommunikation, Gesundheitsrecht und Projektmanagement. All diese Inhalte finde ich spannend, vor allem

kombiniert mit dem Auftrag der Gesundheitsförderung.

Ziner: Was gefällt dir am Studium, was nicht?

David: Mir gefällt, dass man im Studium sehr gut auf die Praxis vorbereitet wird. Es geht nicht nur ums Auswendiglernen, sondern man kommt bereits im Studium mit der Praxis in Kontakt und erledigt Aufträge. Man hat ein Aha-Erlebnis von «Aha, so muss man das machen, damit es später in der Realität auch gebraucht werden kann».

Wirklich gemerkt habe ich das aber erst im Praktikum, da fiel mir auf, was ich alles schon gelernt hatte. Es gab mir Sicherheit, in der Praxis auch arbeiten zu können.

Die ganze Coronazeit mit diesem Homeschooling, das war gar nicht meine Welt und ich konnte auch nicht wirklich davon profitieren. Es liegt mir sehr viel daran, mich mit anderen Studierenden austauschen zu können. Aber da kann das Studium nichts dafür.

Sonst gibt es eigentlich nicht viele Sachen, die mir missfallen. Manchmal wiederholt sich das Studium. Aber ich glaube, auch das Repetieren hat mir gutgetan. Sie geben sich sehr viel Mühe, das abzudecken, was wir später auch brauchen.

Ziner: Wie sieht ein normaler Studitag aus und was lernt man im Unterricht?

David: Das Curriculum besteht aus unterschiedlichsten Fächern wie Biologie, Psychologie, Soziologie, Gesundheitsrecht, Kommunikation, Projektmanagement, wissenschaftliches Arbeiten, Handlungsfelder und noch mehr. Wir nehmen zudem auch sämtliche Strategien und deren Strukturierung durch, in denen die Gesundheitsförderung eingebettet ist. Es ist also extrem breit aufgestellt.

Der Studienalltag in COVID-Zeiten hat ungefähr so ausgesehen, dass ich zehn Minuten vor der Vorlesung aufgestanden bin, mir einen Kaffee rausgelassen habe und vor den Bildschirm gesessen bin. Das war aber gar nicht die klassische Alltagsatmosphäre, wie ich sie jetzt erlebt habe. Jetzt geniesse ich die Zeit vor Ort.

Illustration: Gioia Epprecht

Unterdessen haben wir auch viele Gruppenarbeiten, für die man sich treffen muss, sei dies live oder online.

Ziner: Bei welchen Organisationen macht man das Praktikum und was erlebt man dort?

David: Ich selbst bin gerade beim EPI WohnWerk, ein Betreutes Wohnen für Menschen mit Mehrfachbeeinträchtigung. Ein eher ungewöhnlicher Bereich für ein Praktikum, weil es dies bis jetzt nicht gegeben hat. Es ist dennoch eine total spannende Arbeitsstelle.

Die klassischeren Praktika finden beispielsweise im Rahmen der Suchtprävention oder des betrieblichen Gesundheitsmanagements statt. Die Möglichkeiten der Praktika sind sehr gross und es kommen jährlich neue hinzu. Allein dieses Jahr waren es 14 neue Stellen.

Ich durfte sehr viel Spannendes im EPI WohnWerk erleben. Es ist ein ganz neues Feld und dementsprechend war es auch mit ein wenig Pionierarbeit verbunden, die ich machen durfte. Aufgefallen ist mir, dass vieles schon rund um das Thema Gesundheitsförderung gemacht wurde. Oftmals wurde es allerdings nicht so benannt. Ressourcen waren somit schon vorhanden und durch interprofessionelle Zusammenarbeit und das Unterstützen von Kommunikation konnte ich das, was ich unter Gesundheitsförderung verstehe, auch umsetzen. Wenn man in der Praxis arbeitet, kann man jeden Tag etwas Neues lernen. Ich behaupte, die Gesundheitsförderung kann sehr abwechslungsreich sein. Es ist schön, dass wir im Studium Arbeitsgestaltung und -organisation lernen. Wir bekommen auch sehr viel Wissen im Bereich der Arbeitspsychologie mit, von dem wir dann in der Praxis gut profitieren. Isch no gäbig! Lacht.

Ziner: Wie und warum macht dein Studium die Welt besser?

David: Ich glaube nicht, dass mein Studium allein dafür verantwortlich ist. Aber ich habe gar nicht den Anspruch die ganze Welt zu verbessern, ich bin schon zufrieden, wenn einer kleinen Gruppe von Menschen geholfen ist. In meinem Fall sind das Menschen mit Beeinträchtigungen, aber es kann auch eine ganz andere Zielgruppe sein. Es freut mich, wenn ihre Lebenswelt so umstrukturiert werden kann, dass sie gesundheitsförderlicher ist.

Für die breite Masse konzentriert sich die Gesundheitsförderung oft auf die nichtübertragbaren Krankheiten (NCDs), zum Beispiel Krebs, Diabetes und so weiter. Wenn man diese besser verhindern könnte, würde man einerseits Leid abwenden und andererseits Kosten sparen. Das sind immense Kosten. Demgegenüber lohnt sich jeder Franken, der in Prävention investiert ist, meist um ein Vielfaches. Nur schon aus demographischer Sicht mit der überalternden Bevölkerung bewegen wir uns auf grosse Gesundheitskosten zu, die mit der richtigen Gesundheitsförderung gesenkt werden könnten.

Ziner: Welche Berufsaussichten hat man nach dem Studium?

David: Ich hoffe fest, eine Anstellung als Fachexperte Gesundheitsförderung zu bekommen. Dass letztere dann unter diesem Namen verkauft wird, muss nicht unbedingt sein. Man kann auch im Projektmanagement, im Bereich der Gesundheitskommunikation oder als Coach für gesundheitsförderliche Interventionen einen Job finden.

Die obligatorischen Krankenkassen sind für manche Menschen nicht mehr bezahlbar.

Mit ein bisschen Kreativität und gutem Willen muss man sich einfach daran orientieren, was einem selbst liegt. Es gibt immer mehr Felder, die für und zur Gesundheitsförderung erschlossen werden. Ich bin mir sicher, dass das Studium Perspektive hat, nur ist es noch nicht so etabliert wie beispielsweise eine Pflegefachperson. Die Lösung dafür ist einfach die Jobbeschreibung zu lesen und flexibel zu sein, wenn es nicht die Bezeichnung des Fachexperten, der Fachexpertin Gesundheitsförderung gibt.

Ziner: Gibt es noch irgendetwas, was du speziell Medizinstudierenden sagen möchtest?

David: Was ich wirklich wichtig finde, und das geht nicht nur an Medizinstudierende, ist die interprofessionelle Zusammenarbeit in der Gesundheitsförderung. Gesundheit ist ein riesiges Feld und es braucht eine gute Zusammenarbeit. Wir sind zum Beispiel nicht die Experten für die

exakte Biologie des Menschen, da ist jemand mit medizinischen Kenntnissen viel besser ausgerüstet. Dafür sind die medizinischen Berufsgruppen in der Prävention weniger ausgebildet. Wir kennen den gesamten Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention und wissen, welche Massnahmen eingesetzt werden können, was gesundheitsförderlich ist, wie man Strategien evaluiert und Kampagnen gut gestaltet. Deswegen ist es wichtig, Gefäße zu haben, in denen man sich austauschen und jeder und jede seine Stärke mitbringen kann.

Die traditionelle Sichtweise auf die Gesundheit und Krankheit sowie die ganzen Vergütungssysteme sind durch das biomedizinische Modell geprägt. Unser Studium ist an einem anderen Punkt, es wird viel mehr Wert auf das biopsychosoziale Modell gelegt. Zwar wird heute schon mehr darauf sensibilisiert, aber in den heutigen Institutionen der Gesundheitsversorgung scheint das noch nicht ganz angekommen zu sein.

Auch sollte die Gesundheitsförderung und Prävention einen viel grösseren Teil der gegenwärtigen öffentlichen Gesundheitsversorgung einnehmen. Gerade heute habe ich gesehen, dass wieder diskutiert wird, wie man Gesundheitskosten sparen kann, da die obligatorischen Krankenkassen für manche Menschen nicht mehr bezahlbar sind. Gewisse Therapien können nicht durchgeführt werden, weil sie zu teuer sind. Das kann nicht sein.

Gesundheitsförderung würde schon viel früher einsetzen, damit es gar nicht so weit kommt oder man setzt sie so ein, dass es nicht noch schlimmer wird.

Wir versuchen die ganzheitliche Sicht auf die Gesundheit zu erfassen und so die Gesundheit erhalten, was ja eigentlich auch das Ziel von Medizinstudierenden ist und sein sollte. Gesundheitsförderung muss systematisch angegangen werden. Es ist ein Prozess, der immer wieder optimiert und angepasst werden muss. Wir arbeiten mit Zielgruppen in sozialen Systemen zusammen, diese Systeme aber entwickeln sich ständig weiter. Deshalb muss die Gesundheitsförderung Schritt halten.

Interview von Sophia Meier

Grundrezept für ein gesundes Leben

- Eine üppige Portion Familie und Freunde -
 - Regelmässige Bewegung -
 - Nur ein Hauch Stress -
 - Eine grosse Prise Glück -
 - Viel Zufriedenheit -
 - Wenig Alkohol und kein Rauchen -
 - Einen Sinn im Leben oder mehrere -
- Möglichst oft gesunde Ernährung, aber nicht immer! -
- Und ab und zu ein wenig Adrenalin (z. B. in Form von Achterbahnen oder Horror-Filmen) -
 - Vitamine und frische Luft -
 - Genügend Sonne, aber nicht zu viel! -
 - Eine kräftige Dosis Liebe -
 - Ausreichend Schokolade für alle Fälle -
- Geröhrt und nicht geschüttelt ein ganzes Leben lang geniessen! -

Anna Sophia Stöckli



Illustration: Fabia Lauper

Tabakprävention auf Niederländische Art

Es ist das Jahr 1965 in Veendam, einem kleinen Städtchen im dünn besiedelten Norden der Niederlande. Mein Vater war damals zwölf Jahre alt und besuchte die erste Klasse des Gymnasiums. Schülerinnen und Schüler der älteren Jahrgänge hatten gerade einen Sitzstreik auf dem Schulhof organisiert und forderten: «Wij willen spijkerbroeken!» - Wir wollen Jeans! Diese waren an der Schule bis 1967 verboten, wie auch das Tragen langer Haare für Knaben. In Veendam trafen sich damals schon die elf- und zwölfjährigen Knaben regelmässig zum Rauchen. Zwar war der Verkauf von Tabakwaren an Kinder auch damals verboten, doch der Friseur gegenüber der Schule grinste die jungen Kunden nur an und meinte: «Ich glaube, deine Mutter raucht Peter Stuyvesant, oder?». So hatte die Veendamer Jugend freien Zugang zu Zigaretten und Tabak. An einem Dienstagmittag im Herbst 1965 machte sich mein Vater wieder einmal etwas früher vom Mittagessen auf den Weg zur Schule, um vorher noch mit seinen Freunden rauchen zu können. Er war an diesem Tag der Erste, der vor dem Friseursalon ankam und kaufte sich Pfeife und Tabak der dänischen Marke Mac Baren. Dienstags traf sich

meine Grossmutter am Nachmittag mit ihren Freundinnen zum Kegeln. Mein Vater wusste, welchen Weg sie dahin jeweils einschlug und zündete sich daher getrost auf einem Hinterhof seine Pfeife an, während er auf seine Freunde wartete. Ausgerechnet an diesem Tag hatte sich meine Grossmutter für eine andere Route entschieden, die genau an diesem Hinterhof vorbeiführte. Ahnungslos bog sie mit ihrem Gazelle Fahrrad um die Ecke, als sie plötzlich ihren rauchenden Sohn erblickte. Abrupt bremste sie ab, stieg vom Fahrrad und lief mit eiligen Schritten auf ihn zu. «Hier die pijp, hier die tabak!» rief sie und warf die noch glühende Pfeife in ihren Fahrradkorb. Dann stieg sie wieder auf und fuhr davon. Zurück blieb mein Vater mit der Gewissheit, dass er nach der Schule etwas erleben werde.

Während der Nachmittagsschule rätselte mein Vater angstgeplagt, was ihn abends wohl erwarte. Als er nach Hause kam, versteckte er sich in seinem Zimmer, bis mein Grossvater von der Arbeit heimkam. Mein Vater wurde in die Küche gerufen. Auf dem Küchentisch lagen Pfeife, Tabak und Streichholzer sorgfältig ausgebreitet. Dahinter sassen meine Grosseltern und starnten streng

ihren Sohn an. Mein Vater setzte sich. «Mein Sohn raucht also Pfeife?», begann mein Grossvater: «Das möchte ich doch einmal mit eigenen Augen sehen!» Entsetzt versuchte mein Vater sich zu weigern, doch es half nichts. Unter spöttenden Bemerkungen und Gelächter meiner Grosseltern musste mein Vater die Pfeife stopfen, anzünden und rauchen. Heute erzählt er, er habe sich während seiner Erziehung nie dermaßen gedemütigt gefühlt. Nach dem dritten Zug legte er unter Tränen die Pfeife ab. «Wenn das nochmal passiert, erlebst du was!» sagten meine Grosseltern und schickten ihn in sein Zimmer. Sie glaubten, ihm das Rauchen ein für alle Mal ausgetrieben zu haben.

Tatsächlich wurde mein Vater seither nicht mehr beim Rauchen mit seinen Freunden gesehen, doch der Erfolg währte nicht lange. Schon mit 14 fing er wieder mit dem Rauchen an. Man muss dazu anmerken, dass Rauchen zu jener Zeit viel stärker verbreitet war als heute: Ende der 50er Jahre rauchten in den Niederlanden 90% der Männer und 30% der Frauen. Geraucht wurde überall, in den Kantinen, in den Zügen und Bussen, in allen Cafés und öffentlichen Gebäuden. Es war üblich, dass Eltern ihren Kindern ab 15 Jahren erlaubten, zu rauchen, und ihnen dafür sogar die Zigaretten besorgten. Es gab noch keine Primärprävention. Man sagte zwar, dass Rauchen ungesund sei und sich Teer in der Lunge ablagere. Von Lungenkrebs und tödlichen Folgen war jedoch nie die Rede. Wirksame Präventionskampagnen begannen erst in den 70er Jahren. Während seiner intensivsten Zeit rauchte mein Vater nicht mehr als zwei Zigaretten pro Tag. Bis zum Alter von 24 Jahren durfte er insgesamt auf ein bis zwei Packungsjahre gekommen sein, eine sehr geringe Belastung für seine Gesundheit. Danach hat er nie wieder geraucht. Ob dies den unkonventionellen Präventionsmethoden meiner Grosseltern zu verdanken ist, wage ich in Frage zu stellen.

Simon Christiaanse



Illustration: Lynn Jansen

Warum unsere Ernährung so eine grosse Rolle spielt

Das Thema Ernährung und Prävention wird in der medizinischen Ausbildung noch immer sehr rudimentär behandelt. Entsprechend fühlen sich junge Mediziner*innen besonders in ernährungsmedizinischen Fragen nicht genug vorbereitet. Da Patient*innen in ihren behandelnden Ärzt*innen aber eine sehr wichtige Beratungsinstanz in der Wahrung eines gesunden Lebens sehen, besteht hier ein deutliches Missverständnis. Oftmals werden im ärztlichen Gespräch Ratschläge gegeben, die mehr der eigenen Philosophie statt aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen entsprechen.

Doch warum kommt unserer Ernährung überhaupt eine solch grosse Rolle zu?

Es vergeht mittlerweile kaum mehr ein Tag, an dem in den Nachrichten nicht über katastrophale Klimaereignisse berichtet wird. Und tatsächlich besteht eine der grössten Gesundheitsgefahren für die Menschheit in der Klimakrise mit einer Zunahme von Extremwetterereignissen, Hitzeperioden, Luftverschmutzung, einem steigenden Meeresspiegel und den schliesslich dadurch zu erwartenden Ernteausfällen. Nahrungsmittel- und Wasserknappheit sowie eine Verschärfung des zivilen Konfliktpotentials sind die Folge. Gemäss des neuen, alarmierenden IPCC-Reports müssen grösste Anstrengungen unternommen werden, um schnellstmöglich ein Netto Null der CO2-Emissionen zu erreichen. Eine aktuelle Studie, die im Fachjournal *Science* veröffentlicht wurde, kommt dabei zu dem Ergebnis, dass das im Pariser-Klimavertrag festgesetzte 1,5 Grad-Ziel ohne eine deutlich pflanzlichere Ernährungsweise nicht erreichbar ist. Unsere Ernährung ist aber nicht nur ein massgebender ökologischer Einflussfaktor, auch im Rahmen der Gesundheitsförderung und Prävention vieler chronischer Erkrankungen spielt die Ernährung eine zentrale Rolle. Die sogenannten Noncommunicable Diseases (NCDs) oder Lebensstil-Erkrankungen, wie beispielsweise Herz-Kreislauf-Krankheiten, Diabetes mellitus oder Krebs sind jährlich für 41 Millionen Todesfälle verantwortlich. Dies entspricht 71% aller Todesfälle weltweit – mit steigender Tendenz. Änderungen des

Lebensstils, insbesondere eine Ernährungsumstellung im Sinne einer vollwertigen, pflanzenbasierten Ernährung, können dieser Entwicklung präventiv und mitunter sogar therapeutisch effektiv entgegenwirken. Die immense Landnutzungsänderung für die Herstellung tierischer Produkte (v.a. für Futtermittelanbau und Weideflächen) sowie der massive Gebrauch von Antibiotika in der industriellen Tierhaltung tragen zudem zur Entstehung zoonotischer Krankheiten und antibiotikaresistenter Erreger bei. Die UNO schätzt, dass ein Versäumnis, diese Resistenzerproblematik zu lösen, bis 2050 voraussichtlich 10 Millionen Tote fordern und einen immensen volkswirtschaftlichen Schaden verursachen wird. Eine Ernährungsform, die tierische Produkte zugunsten von pflanzlichen reduziert, leistet also auch in der Prävention und Therapie von Infektionskrankheiten einen bedeutenden Beitrag. Eine vollwertige, pflanzenbasierte Ernährung trägt in erheblichem Masse dazu bei, einige der grössten globalen Gesundheitsbedrohungen zu bekämpfen. Die Evidenz dafür ist bei genauer Betrachtung überwältigend. Und gleichzeitig wird herzkranken Patient*innen in Spitälerkantinen das Ticket für die nächste Hospitalisation serviert und in den Medien fast ausschliesslich über alternative Treibstoffe als Klimalösung gesprochen. Genauso wie der Behandlung von akuten Erkrankungen sollte das gesellschaftliche Interesse dem opti-

malen Erhalt der individuellen und globalen Gesundheit gelten. Dafür ist es unabdingbar, dass junge Mediziner*innen entsprechend ausgebildet werden und Prävention und Ernährung stärker Einzug in den Lehrplan halten. Gerade weil der Ärzteschaft in Gesundheitsfragen so viel Vertrauen geschenkt wird, kommt dieser auch eine besondere Verantwortung in der Aufklärung zu.

Denis Pfeiffer
Präsident PAN Switzerland

Über die Physicians Association for Nutrition Switzerland:

PAN Switzerland ist die schweizerische Zweigstelle der gleichnamigen, gemeinnützigen ärztlichen Organisation PAN International. Diese hat sich zum Ziel gesetzt, das Bewusstsein für das präventive und therapeutische Potential einer vollwertigen pflanzenbasierten Ernährung im Gesundheitswesen und in der Allgemeinheit zu stärken. Entsprechend engagiert sich PAN auf internationaler Ebene in der Ausbildung von Medizinstudierenden und Gesundheitsfachkräften zum Thema Ernährung. Zudem werden für Patient*innen und Interessierte wissenschaftlich geprüfte Informationsmaterialien für einen gesünderen Ernährungsstil bereitgestellt. Mehr Informationen unter: <http://pan-ch.org/>

Illustration: Gisela Epprecht



Ziner: Wie bist Du zu PAN gekommen und was beinhaltet Deine Aufgaben für die Organisation?

Denis: Ich hatte PAN erstmals zu Uniteinen in Heidelberg in einem Ernährungsseminar kennengelernt. Einige Jahre später ist mir zu Ohren gekommen, dass eine Zweigstelle in der Schweiz gegründet werden soll, und ich beteiligte mich infolgedessen am Entstehungsprozess von PAN Switzerland. Seitdem übe ich als Präsident vor allem eine repräsentative und supervidierende Funktion aus.

Ziner: Wie können Mediziner*innen an evidenzbasierte Informationen über immer wieder kontrovers diskutierte Ernährungsthemen gelangen?

Denis: Neben den Informationen, die von den offiziellen Ernährungsgesellschaften herausgegeben werden, bietet PAN evidenzbasierte Informationen auf seiner Website an (pan-ch.org). Mitglieder erhalten Zugriff zu einer Fülle von Webinar-Recordings und zusätzlichen Funktionen und

Materialien auf unserer Online-Lernplattform (PAN Academy).

Ziner: Wie stellt ihr bei PAN die Evidenz der Informationen sicher?

Denis: PAN International (Hauptstelle mit Sitz in Deutschland) beschäftigt ein Expertenteam, das alle relevanten Evidenz zu Themen der pflanzenbasierten Ernährung zusammenträgt und streng wissenschaftlich aufarbeitet. Zu den Webinaren werden hauptsächlich renommierte Experten eingeladen, die ihr Thema auf hohem wissenschaftlichem Niveau vertreten können.

Ziner: Auf welche wichtigsten Nahrungselemente sollte nach aktueller wissenschaftlicher Evidenz für eine gesundheitsbewusste Ernährung geachtet werden?

Denis: Grundsätzlich wichtig ist, dass eine Ernährungsform bedarfsdeckend, ausgewogen und abwechslungsreich gestaltet wird. Es gibt nicht ein Element, das für sich genommen über alle Massen wichtig

wäre. Es ist vielmehr das Zusammenspiel aller Komponenten, das letztlich unseren Körper gesund halten aber auch krank machen kann.

Ziner: Welches sind die Grundsätze der vollwertigen, pflanzenbasierten Ernährung?

Denis: Vollwertig bedeutet, dass einzelne Bestandteile eines Nahrungsmittels möglichst wenig durch Verarbeitung isoliert werden sollen, da dadurch wertvolle Ballaststoffe entfernt werden und der Nährstoffgehalt deutlich gesenkt wird. Pflanzenbasiert ist eine Ernährung, wenn der Grossteil, der auf unserem Teller landet, aus pflanzlichen Lebensmitteln besteht und tierische Produkte entsprechend minimiert werden.

Ziner: Wie unterscheidet sich die pflanzenbasierte Ernährung von der veganen Ernährung?

Denis: Während sich eine vegane oder vegetarische Ernährungsform vor allem dadurch definiert, was man nicht isst (keine tierischen Pro-

dukte bzw. kein Fleisch), fokussiert sich eine pflanzenbasierte Ernährung auf die gesundheitlichen Vorteile von pflanzlichen Lebensmitteln. Dabei ist es zunächst einmal irrelevant ob noch tierische Produkte konsumiert werden.

Dem Veganismus liegt ausserdem eine Verhaltensethik zugrunde, die sich durch alle Bereiche des Lebens zieht. PAN beschäftigt sich als ärztlicher Verein hingegen rein wissenschaftlich mit den gesundheitlichen Aspekten unserer Ernährung und bezieht dabei auch die ökologischen Auswirkungen unserer Ernährungssysteme im Sinne der globalen Gesundheit mit ein.

Ziner: Setzt Du die vollwertige, pflanzenbasierte Ernährung in Deinem Alltag um?
Denis: Im Rahmen meiner beruflichen Tätigkeit überraschte mich, wie stark der Effekt der Ernährung auf die Gesundheit und Fitness meiner Patient*innen wirklich ist. Ich habe also auch selbst Schritt für Schritt meine Ernährung umgestellt und konnte an mir viele positive Veränderungen wahrnehmen: keine Heissungerphasen mehr, bessere Fitness mit niedrigerem Körperfettanteil, stärkeres Immunsystem, verbessertes allgemeines Wohlfühl. Seitdem ernähre ich mich vollwertig und pflanzlich.

Ziner: Wie gut lässt sich dies Deiner Erfahrungen nach im stressigen Mediziner*innenalltag mit Spitätkantinen und Universitätsmensen bewerkstelligen?
Denis: Leider bringe ich mir mein Essen hauptsächlich selbst mit, da ich bislang in Spitätkantinen nicht das gesunde und abwechslungsreiche Angebot vorgefunden habe, das ich mir wünschen würde. Ich kenne aber einige wenige Kantinen und Menschen, in denen man durchaus durchweg gesund essen kann. Ich würde mir wünschen, dass in Zukunft auch weitere Einrichtungen diesen positiven Beispielen folgen werden.

Ziner: Wie kannst Du das bei PAN gewonnene Wissen in der Beratung Deiner Patient*innen konkret verwenden?

Denis: Patient*innen müssen sich bewusst sein, dass sie mit Medikamenten oftmals nur Symptome mildern, während die eigentliche Ursache für ihre Erkrankung eigentlich ein falscher Lebensstil ist. Ich biete auf selbständiger Basis Lifestyle-Coachings an, in denen ich unter anderem das Ernährungsverhalten analysiere und zu optimieren versuche. Man wird aber auch generell in der ärztlichen Tätigkeit gelegentlich mit Fragen zu diesem Thema konfrontiert.

Ziner: Findet sich genug Platz dafür im Klinikalltag?

Denis: Es ist zumindest in der Regel nicht vorgesehen, dass Ärzt*innen im Klinikalltag eines Akutspitals präventivmedizinische Beratungen durchführen. Das ist eher den eigens dafür angestellten Ernährungsberater*innen vorbehalten. Es herrscht allgemein die Meinung, dass Lebensstilfragen eher in das Beratungsspektrum einer hausärztlichen Praxis gehören. Meiner Meinung nach aber sollte jeder, der im medizinischen Bereich beraterisch tätig ist, zumindest einen Grundstock an fachlich fundiertem Ernährungswissen mitbringen, um auf Fragen kompetent antworten zu können.

Ziner: Wie gehst Du mit dem gegenüber kritisch eingestellten Patient*innen um? Und wie mit solchen, welche mit der Umsetzung Mühe haben?

Denis: Ich habe die Erfahrung gemacht, dass Vorbehalte und Ablehnung meist durch fehlende oder falsche Informationen entstehen. Bevor aber gesundheitsschädliche Verhaltensweisen geändert werden können, muss zunächst der eigene Wunsch danach stark genug sein. Daher steht am Anfang jeder Beratung die Erfahrung der Motivation. Treten Schwierigkeiten bei der Umsetzung auf, so

muss analysiert werden, was genau Probleme bereitet und eine Strategie für die nächsten kleinen Schritte erarbeitet werden.

Ziner: Wie können sich interessierte Medizinstudierende und Ärzt*innen bei PAN Schweiz engagieren?

Denis: Jeder, der motiviert ist, sich einzubringen oder uns zu unterstützen, ist herzlich willkommen! Wir freuen uns über jede Unterstützung in den einzelnen Arbeitsbereichen, zum Beispiel bei der Planung und Durchführung von Events. Aktuell gibt es eine PAN-Unigruppe in Basel und Zürich. Interessierte Studierende schreiben gerne eine Mail an info@pan-ch.org und wir stellen den Kontakt her oder unterstützen in der Formierung von neuen Gruppen an anderen Universitäten.

Interview von Gioia Epprecht

Beispiel einer Präventionsmaßnahme: Jodtabletten

Der schweizerische Staat verteilt regelmässig Jodtabletten an einen Teil der Bevölkerung. Weshalb Jodtabletten und warum nur an einen bestimmten Teil der Bevölkerung? Das erfährst du hier.

Im Falle eines radioaktiven Ereignisses tritt radioaktives Jod mit einer Halbwertszeit von acht Tagen in die Umwelt ein, zum Beispiel in die Luft oder in die Nahrung. Unser Körper würde solches Jod einbauen und es würde sich insbesondere in der Schilddrüse anlagern, was zu Schilddrüsenkrebs führen könnte. Um diesem Prozess vorzubeugen, wird zusätzliches, nicht-radioaktives Jod eingenommen, meist in Form von Tabletten. Jodtabletten sind also eine Schutzmaßnahme im Falle eines nuklearen Ereignisses, schützen aber

nur gegen die Aufnahme von radioaktivem Jod und nicht gegen andere radioaktive Strahlung. Sie würden also meist nur in Kombination mit anderen Massnahmen eingesetzt, wie zum Beispiel dem Meiden von Aufenthalten im Freien oder sogar dem Rückzug in Schutzräume.

Primär dienen die Jodtabletten dem Schutz der Bevölkerung im Falle eines nuklearen Unfalls. Deswegen erhalten auch nur Haushalte und Betriebe wie Schulen und Kindergärten im Umfeld von 50 km eines Kern-

kraftwerks die Jodtabletten direkt ins Haus. Für den Rest der Bevölkerung gibt es ebenfalls Jodtabletten, die allerdings vom Kanton aufbewahrt und im Falle eines Notfalls ausgeteilt werden. Auch im Falle eines nuklearen Angriffs auf ein nahe Land könnten die Tabletten ausgehändigt werden. Würde zum Beispiel ein anderes europäisches Land mit Atomwaffen angegriffen werden, entstünde eine Wolke aus nuklearen Teilchen, die mit dem Wind bis zu uns getragen werden könnte. In diesem Falle müsste das Freie gemieden werden und alle angebauten Lebensmittel einer genauen Kontrolle auf ihre Essbarkeit unterzogen werden, da sich die radioaktiven Teilchen unter anderem auf der Erdoberfläche absetzen würden. Zu einer Anweisung, die Jodtabletten einzunehmen, würde es nur kommen, wenn die zuständigen Behörden einen gefährlich hohen Wert an radioaktivem Jod messen würden. Dabei hat es keinen Sinn, die Jodtabletten präventiv zu nehmen, da die Dosis bei einer verfrühten Einnahme beim Eintreffen der Strahlenwolke vielleicht nicht mehr hoch genug ist, um ausreichend zu schützen.

Die Tabletten sind 10 Jahre lang haltbar. Sie wurden vom Bund zuletzt im Jahr 2014 verteilt und werden im Jahr 2023 ersetzt. Dabei werden die Kosten der Tabletten für Personen, die innerhalb eines Umkreises von 50 km eines Kernkraftwerks leben, vollständig von den Betreibern des Kernkraftwerks getragen. Zudem übernehmen die Betreiber die Hälfte der Kosten für die Versorgung der restlichen Bevölkerung. Der Bund übernimmt die andere Hälfte. Die Versorgung der Bevölkerung mit Jodtabletten ist seit dem Jahr 1992 gesetzlich verankert. Diese Verordnung wurde im Jahr 2014 durch eine neue ersetzt, welche unter anderem einen neuen Radius, in dem die Tabletten verteilt werden, festlegte.

Anna Sophia Stöckli

Politik zum Rauchen

Im Jahr 2003 wurde das Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs von der Weltgesundheitsversammlung in Genf angenommen. Es enthält unter anderem Massnahmen zur Beschränkung von Lobbying, zur Nachfragesenkung, zum Schutz vor Passivrauchen, ein Tabakwerbeverbot sowie einen umfassenden Jugendschutz. Bis heute wurde das Abkommen von 182 Staaten ratifiziert, in denen insgesamt über 90% der Weltbevölkerung leben. Die Schweiz hat das Abkommen 2003 zwar unterzeichnet, jedoch bis heute noch nicht ratifiziert und ist damit das einzige europäische Land, in dem der Vertrag nicht in Kraft ist. Die Ratifizierung war bislang nicht möglich, da es nicht gelungen ist, die notwendigen Gesetze hierzulande zu etablieren. Zu einem grossen Teil liegt dies am Einfluss der Tabakindustrie: Das Global Center for Good Governance in Tobacco Control (GGTC) veröffentlicht jährlich den Global Tobacco Industry Interference Index, der anhand von 20 Fragen den Einfluss der Tabakindustrie auf die Politik eines Landes quantifizieren soll. Im Jahr 2021 wurden 80 Länder nach dem Index klassifiziert. Die Schweiz landete vor der Dominikanischen Republik auf dem zweitletzten Platz. Von den 16 europäischen Ländern, die an der Studie teilnahmen, schnitt die Schweiz am schlechtesten ab. Die Tabakindustrie hat in der Schweiz einen sicheren Hafen gefunden.

Drei der vier grössten Tabakunternehmen der Welt haben entweder einen internationalen oder regionalen Firmensitz in der Schweiz. Philip Morris International (PMI) ist der grösste privatwirtschaftliche Hersteller von Tabakprodukten der Welt und vertreibt unter anderen die Zigarettenmarke Marlboro, die meistverkaufte Zigarette der Welt. Seinen offiziellen Hauptsitz hat das Unternehmen in New York, das Geschäft wird jedoch von Lausanne aus geführt. In Neuchâtel unterhält PMI eine grosse Produktionsstätte sowie ein Forschungs- und Entwicklungszentrum, an dem neuartige Tabakerhitzungsprodukte entwickelt werden. British American Tobacco (BAT) hat seinen Hauptsitz in London und vertreibt weltweit mehr als 200 Zigarettenmarken, in der Schweiz insbesondere die Marke Parisienne. Die Firma unterhält eine Produktionsstätte in Boncourt im Kanton Jura sowie kommerzielle Büros in Lausanne. Japan Tobacco International (JTI) hat seinen Hauptsitz in Genf und eine grosse Zigarettenfabrik in Dagmersellen im Kanton Luzern. Wichtige Marken sind Winston, Camel und American Spirit. Weitere Schweizer Tabakunternehmen sind in den Kantonen Zug, Basel, Aargau, St. Gallen und Zürich ansässig. Auch die Coop Genossenschaft besitzt und vertreibt mehrere Tabakmarken und trägt mit 2250 Verkaufsstellen dazu bei, dass die Dichte von Tabakverkaufsstellen in der Schweiz fast zehnmal so hoch ist wie in Frankreich.

Die Wege, auf denen die Tabakindustrie Einfluss auf die Schweizer Politik nimmt, sind vielfältig und werden im 45-seitigen Bericht der GGTC festgehalten. Über Mitglieder des Parlaments erhalten Vertreter der Tabakindustrie Zutritt zum Bundeshaus und damit die Möglichkeit, mit Politikerinnen zu interagieren. Ausserdem sitzt mit SVP-Nationalrat Gregor Rutz der Präsident der Schweizerischen Vereinigung des Tabakwarenhandels in der Bundesversammlung. Tabakunternehmen oder ihre Dachorganisationen werden regelmässig zu Vernehmlassungen von Gesetzesentwürfen und Verordnungen eingeladen, wobei dies nicht immer öffentlich bekannt gegeben wird. In der Schweiz gibt

es zudem kein Gesetz, welches Partnerschaften von Bundesämtern oder einzelnen Beamten mit der Tabakindustrie verhindert. Besonders das Departement für auswärtige Angelegenheiten (EDA) ging zuletzt mehrmals Partnerschaften mit PMI ein. Auf lokaler Ebene sichert sich die Tabakindustrie ihren Einfluss durch die Finanzierung von öffentlichen Kultureinrichtungen und Wohltätigkeitsorganisationen. So werden in der französischen Schweiz unter anderem die Caritas, zwei bekannte Museen in Lausanne und Genf und das Grand Théâtre sowie eine städtische Kindertagesstätte in Genf zu wesentlichen Anteilen von der Tabakindustrie finanziert.

Eine langerprobte Strategie der Tabakindustrie, Regierungen und Konsument:innen für ihre Anliegen zu gewinnen, ist die Manipulation der Forschung. Früher ging es da-

Auch die Coop Genossenschaft besitzt und vertreibt mehrere Tabakmarken und trägt mit 2250 Verkaufsstellen dazu bei, dass die Dichte von Tabakverkaufsstellen in der Schweiz fast zehnmal so hoch ist wie in Frankreich.

bei darum, die Gesundheitsrisiken des Rauchens und Passivrauchens zu leugnen. Heute sind häufiger die geringere Gesundheitsschädlichkeit von Tabakerhitzungsprodukten, bei denen der Tabak erhitzt und nicht angezündet wird, oder die Wirkungslosigkeit von Präventionsmassnahmen Gegenstand solcher Forschungsarbeiten. 2013 ging PMI beispielsweise eine Zusammenarbeit mit der Universität Zürich für eine Studie zur Wirksamkeit der logofreien Einheitsverpackung in Australien ein. Gegen eine Zahlung von CHF 9900 pro Monat erhielt PMI die Urheberrechte für die Studie und das Recht, die Forschungsarbeit vor einer geplanten Publikation zur Überprüfung einzusehen. Laut der Studie gebe

es 13 Monate nach Einführung der Einheitsverpackung keinen signifikanten Rückgang der Rauchprävalenz unter 14- bis 17-Jährigen. Stattdessen schränke die Massnahme «die Wahlfreiheit der Konsumenten drastisch ein». Nachdem das methodologische Vorgehen der beiden Autoren von verschiedenen Seiten kritisiert wurde, veranlasste die Universität eine Analyse der Studie durch einen unabhängigen Experten. Dieser räumte zwar ein, dass grundlegende Annahmen, welche die Autoren zu Beginn der Studie gemacht hatten, nicht überzeugend seien. Er empfahl jedoch nicht den Rückzug der Forschungsarbeit, da die Methodik transparent und das statistische Vorgehen nicht fehlerhaft seien. Die Studie ist noch heute auf der Webseite der Universität zu finden. Inzwischen ist die Wirksamkeit der Einheitsverpackung gut dokumentiert und wird von der WHO als Präventionsmassnahme empfohlen. Die Studie der Universität Zürich wurde von PMI in den Konsultationsverfahren zur Einführung der Einheitsverpackung in Norwegen, dem Vereinigten Königreich, Kanada und Singapur eingereicht. Alle vier Länder haben die Einheitsverpackung mittlerweile eingeführt. Der grosse Einfluss der Tabakindustrie hat dazu geführt, dass Tabakpräventionsmassnahmen in der Schweiz weit hinter denjenigen anderer europäischer Länder zurückliegen. 2016 präsentierte der Bundesrat einen Entwurf für das neue Tabakproduktgesetz, der die Ratifizierung des Tabakrahmentübereinkommens ermöglichen sollte. Das Parlament lehnte den Entwurf unter anderem wegen des zu umfassenden Werbeverbots ab, obwohl dieses bereits die schwächsten Regeln von ganz Europa enthielt. Der 2021 angenommene neue Gesetzesentwurf soll 2024 in Kraft treten, reicht jedoch für eine Ratifizierung des Vertrags nicht aus. Die relevanteste Einschränkung ist die Einführung eines bundesweiten Mindestalters von 18 Jahren für den Kauf von Tabakwaren. In den Kantonen Schwyz und Appenzell Innerrhoden gab es hierfür bislang überhaupt keine Altersbeschränkung. Im Gegensatz zur Regelung in der EU bleibt der Verkauf von aromatisierten Zigaretten sowie von

Zigaretten mit suchtverstärkenden Zusatzstoffen wie Menthol erlaubt. Aromata in Tabakprodukten sind besonders bei jungen Personen beliebt. Menthol kühlst und betäubt die Atemwege, wodurch der Rauch tiefer inhaliert werden kann. Dies führt zu einer höheren Nikotinaufnahme, was das Suchtpotential dieser Zigaretten verstärkt. Die Tabaksteuer in der Schweiz liegt mit 60.3% deutlich unter dem von der WHO empfohlenen Niveau von 75%. Eine Erhöhung der Tabaksteuer ist in absehbarer Zeit nicht zu erwarten, da der Bundesrat seit 2014 die Kompetenz dazu verloren hat. Dies gilt als einer der grössten Erfolge der Lobbyarbeit der Tabakindustrie. Die Schweiz erlaubt ausserdem im Gegensatz zu ihren Nachbarstaaten die Produktion von Zigaretten, die für die eigene Bevölkerung nicht zugelassen sind. Seit 2004 sind Herstellung und Verkauf von Zigaretten, welche die Emissionshöchstwerte von 10 mg Teer, 1 mg Nikotin und 10 mg Kohlenmonoxid überschreiten.

ten, in allen EU-Mitgliedstaaten verboten. Diese 10-1-10 genannte Produktionsnorm gilt in der Schweiz für den Verkauf, jedoch nicht für die Herstellung von Zigaretten. 80% der in der Schweiz produzierten Zigaretten sind für den Export bestimmt. Wichtigstes Abnehmerland ist Marokko, gefolgt von Südafrika und Saudi-Arabien. Die exportierten Zigaretten enthalten deutlich mehr Schadstoffe und weisen ein höheres Suchtpotential auf als solche, die in der Schweiz oder in Frankreich erhältlich sind. Durch das höhere Suchtpotential steigen in den entsprechenden Ländern die Verkaufszahlen. Zudem können durch niedrige Qualitätsstandards Kosten eingespart werden. In den meisten Regionen der Welt ist laut WHO die Prävalenz von Tabakrauchen in den letzten Jahrzehnten gesunken, in Afrika und dem Nahen Osten jedoch gestiegen. Mit ihrer lockeren Gesetzgebung fördert die Schweiz dieses Problem und profitiert davon. Der Anbau ist nur deshalb rentabel, weil er indirekt subventioniert wird. Der bislang einzige Vorstoss, an

dieser Regelung etwas zu ändern, stammt von der EU. 2008 begannen die Schweiz und die EU Verhandlungen über ein Abkommen im Bereich öffentliche Gesundheit, in dem auch die Übernahme der Produktionsnorm 10-1-10 in der Schweiz thematisiert wurde. Hiergegen reichte der Neuenburger FDP-Nationalrat Laurent Favre 2010 eine Motion ein, die im Parlament angenommen wurde. Nach Aussage des EDA wurde die Tabakthematik daher seit dem Jahr 2014 nicht mehr in die Verhandlungen einbezogen. Die EU machte die Unterzeichnung des 2018 entstandenen Abkommensentwurfs vom Abschluss des EU-Rahmenabkommens abhängig, weshalb der Vertrag noch nicht in Kraft getreten ist. In der Schweiz bauen rund 150 Landwirtschaftsbetriebe Tabak an. Die Zahl der Betriebe hat in den letzten Jahren abgenommen, unter anderem da die Pflanze sich nicht für den Anbau in der Schweiz eignet. Der Anbau ist nur deshalb rentabel, weil er indirekt subventioniert wird.

Im Zentrum dieses Subventionssystems liegt die Société coopérative pour l'achat du tabac indigène (SOTA). Die SOTA kauft den Landwirtschaftsbetrieben die gesamte Tabakernte für das Drei- bis Fünffache des Marktpreises ab und verkauft sie anschliessend an Tabakunternehmen weiter. Das Geld entnimmt die SOTA dem Finanzierungsfonds Inlandtabak, der aus einem Teil der Tabaksteuer gespeist wird. 2019 erklärte der Bundesrat wiederholt, man wolle den Fonds nicht abschaffen, da dies keinen Einfluss auf den Tabakkonsum habe, jedoch zu mehr Tabakimporten führen werde. Trotzdem beeinflusst diese Form der Unterstützung die öffentliche Wahrnehmung des Tabaks und sichert der Tabakindustrie die Unterstützung durch die einflussreiche Landwirtschaftslobby.

Ein Politiker, der in letzter Zeit wiederholt in der Kritik stand, die Ziele der Tabakindustrie zu unterstützen, ist Bundesrat Ignazio Cassis (notabene gelerner Arzt). Er erlaubte PMI sowohl das Sponsoring der Eröffnung der neuen Schweizer Botschaft in Moskau 2019 als auch des Schweizer Pavillons an der Expo in Dubai 2020. Bei Letzterem wurde die Beteiligung von PMI durch starke Kritik aus dem In- und Ausland verhindert. Das EDA, welches unter der Leitung von Cassis steht, sorgte ausserdem 2019 für Kritik, als das moldawische Parlament eine Ausweitung der geltenden Tabaksteuer auf Tabakerhitzungsprodukte ankündigte. Auf Bitte von PMI schickte die Schweizer Botschaft in Kyiv einen Brief an die moldawische Parlamentspräsidentin mit der Bitte, PMI in das Konsultationsverfahren zum Gesetzesentwurf einzubeziehen. Der Brief hatte vermutlich keine Auswirkungen, da das Parlament bereits vier Tage vor Eingang des Schreibens zu einem öffentlichen Konsultationsverfahren eingeladen hatte und das Gesetz schliesslich angenommen wurde. Trotzdem sind dies gleich drei Beispiele innerhalb von zwei Jahren, in denen das EDA mit einem Tabakkonzern kooperiert hat. Dies ist insbesondere deshalb erstaunlich, weil PMI kein schweizerisches Unternehmen ist. Zwar hat der Konzern eine starke Präsenz und unterhält rund 1'500 Arbeits-

plätze in der Schweiz, sein offizieller Hauptsitz liegt jedoch in New York. Trotzdem wurde die Firma im Brief der Botschaft in Kyiv als «Schweizer Unternehmen» bezeichnet. Die Begründung des EDA bei den Sponsoringpartnerschaften, die Schweiz werde im Ausland häufig mit ihren Marken assoziiert, ist für eine Zusammenarbeit mit einem US-Amerikanischen Unternehmen ebenfalls nicht nachvollziehbar. Es ist unmöglich, alle Auswirkungen der Lobbyarbeit der Tabakindustrie aufzuzählen. Eine sorgfältige Auseinandersetzung mit dem Thema macht jedoch rasch deutlich, wie immens der Einfluss der Tabakindustrie in der Schweiz ist und welch verheerende Folgen er hat. Durch ihre Zigarettenexporte und ihre Unterstützung der Tabakindustrie auf diplomatischer Ebene ist die Schweiz mitverantwortlich für das globale Tabakproblem und trägt zur Erhaltung neokolonialer Strukturen bei,

Simon Christiaanse

Quellen:
K. Schürrch, P. Diethelm, L. Ruggia: Schweiz. 2021 Tobacco Industry Interference Index: 2021.

Tobacco Tactics: Michael Wolf, in: Tobacco Tactics, 2020. < <https://tobaccotactics.org/wiki/michael-wolf/> > [Stand: 05.08.2022].

Maurisse, Marie: Heisse Luft und Schwarzer Rauch. Wie die Schweiz an giftigen Zigaretten verdient, in: Public Eye Magazin 15, 2019, S. 5 – 17.

E. Blüll, D. Bühler: Diplomatie im Dienste des Weltkonzerns, in: Republik, 2019.

Eidgenössisches Amt für auswärtige Angelegenheiten, Letter to MD Parliament, Simon Pidoux, 13.07.2019.



Illustration: Lynn Jansen

Pocken sei Dank

Blättern, Pocken, Variola; dies sind alles Namen für eine der wohl tödlichsten Krankheiten der Menschengeschichte. Die Viruserkrankung plagte den gesamten Globus über 12'000 Jahre. In diesen Jahrtausenden gab es Perioden, in denen einer von fünf Erkrankten den gefährlichen Pusteln erlag. Von Aberglauben über Isolation bis hin zur ersten Impfung, die Geschichte eines Kampfes.

Dämonenbeschwörende Pharaonpriester

Der junge Pharaos Ramses V regierte erst vier Jahre über das altägyptische Reich, als er krank wurde und wenige Tage später die ersten Pusteln und Geschwüste auf seiner Haut auftauchten. 3000 Jahre später entdeckten Archäologen Narben und weitere Spuren der Pocken auf seiner Mumie. Damit ist er das älteste bekannte Opfer des Orthopox variolae Virus. Das alte Ägypten wurde wie viele Teile der Erde von mehreren Pockenpandemien heimgesucht, davon geht man aus. Ein passendes Heilmittel war noch lange nicht in Sicht. Historiker vermuten, dass den Erkrankten damals Emmer auf die Pusteln gestrichen wurde. Emmer ist ein Zweikorn aus der Weizengattung, welches zu einer Art Salbe verarbeitet wurde. Als weiteres Schutzmittel dienten Talismane mit Beschwörungsformeln gegen Dämonen, welche die bösen Krankheiten zu den Menschen brachten. Als eine andere Art der Prävention hielten Priester Abwehrrituale, um die Göt-

tin Sachmet zu besänftigen, welche Krankheiten aussendete.

Variolation, Vorgänger der Impfung

Die Pocken wüteten auch in den östlichen Reichen während des Mittelalters, in China sehr stark zu der Zeit der Ming-Dynastie (1368-1644 n.Chr.). Wan Quán war ein Kinderarzt, der in dritter Generation die ärztliche Tätigkeit ausführte. Er war 1549 der Erste, der die Variolation in seiner Veröffentlichung „Dōuzhēn xīnfā“ beschrieb. Die Variolation ist eine primitive Art des Impfens. Einem Erkrankten werden entweder die Krusten der Pusteln abgeschabt und zu einem Pulver vermahlen, oder es wird den noch eiternden Pusteln die Flüssigkeit entnommen. Das Produkt wird dann mit einem Silberröhrchen in das rechte Nasenloch für einen Jungen und in das Linke für ein Mädchen geblasen oder mit einem Messer in die Haut eingesetzt. Dies bezweckt, dass der noch gesunde Mensch einer kleinen Dosis der Variolaviren ausgesetzt wird und dadurch eine Immunität aufbaut. Der Nachteil besteht darin, dass man nicht weiß, wie der Patient darauf reagieren wird. Es kann sein, dass er leichte Symptome entwickelt oder in schlimmeren Fällen, dass er stark an den Pocken erkrankt und stirbt. In Europa ist die Verbreitung der Variolation der Engländerin Lady Mary Wortley Montague zuzuschreiben. Sie lebte 1716 mit ihrem Diplomatenhemann in Konstantinopel, dem heutigen Istanbul. Dort wurde sie Zeugin dieser Methode. Da sie selbst als Kind an den Pocken erkrankt war und dazu noch ihren Lieblingsbruder an die Krankheit verloren hatte, beschloss sie, an ihren eigenen Kindern die Variolation durchführen zu lassen. Zurück in Großbritannien liess sie die Nachricht von diesem Schutz gegen die schreckliche Seuche schnell verbreiten, sodass sogar die königliche Familie davon Wind bekam. Das verhalf der Variolation zum Erfolg in ganz Europa. Nachdem zwei Töchter der königlichen Familie erfolgreich der Variolation unterzogen worden waren, galt die Methode als akzeptiert. Sie wurde

praktiziert, bis sie von der Vakzination von Edward Jenner im Jahre 1800 abgelöst wurde. 1840 wurde die Variolation schliesslich in England verboten.

Kolonialismus führte zum Massensterben

Die Pocken waren nicht nur in Europa und Asien eine schreckliche Plage, sondern auch in Amerika. Über den Atlantik eingeschleppt von den Kolonialisten forderten mehrere Epidemien des Virus zwischen 40% und 90% der indigenen Bevölkerung das Leben, so schätzen die Historiker*innen. Eine sehr gut untersuchte Periode ist die Pockenepidemie ab dem Jahre 1775. Ihr Ursprungsbereich liegt im heutigen US-Bundesstaat Washington, aber sie breitete sich schnell aus auf die umliegenden Gebiete. Mehrere indigene Stämme waren sehr stark betroffen, in gewissen Teilen fielen bis zu 30% der Bevölkerung den Blättern zum Opfer. Diejenigen, die so glücklich waren, zu überleben, littten oft den Rest des Lebens an schweren gesundheitlichen Folgen wie zum Beispiel Blindheit oder stark vernarbter Haut. Ein weiteres Merkmal dieser Epidemie war, dass es die erste an der Pazifikküste war. Auf diese folgten weitere Epidemien, und ganze Generationen Indianer*innen wurden von ihnen gezeichnet. Nach einer weiteren im Jahre 1862 versuchten die Behörden, die lokal ansässigen Indianerstämme mit einer raschen Massenimpfung zu schützen. Die Krankheit diente ihnen jedoch auch zur Vertreibung der Stämme aus den Stadtgebieten, ein lang geplantes Ziel der Kolonialisten.

Die Erlösung ist nahe

Der Engländer Edward Jenner erfuhr 1774 während seiner medizinischen Ausbildung von einem Ärztefreund, dass dessen Patienten*innen nach einer Kuhpockeninfektion praktisch komplett immun gegen die Pocken waren. Er schloss daraus, dass eine Kuhpocken-Inokulation, der frühere Name für eine Lebendimpfung, die richtige Prävention gegen die Pocken darstelle. Durch seine Beobachtungen, dass Milchmädchen,

Illustration: Lynn Jansen



welche engen Kontakt zu infizierten Kühen hatten, immun gegen die sonst so fatalen Pocken waren, entstand der „Milchmädchen-Mythos“. Jenner forschte, beobachtete und notierte die nächsten 20 Jahre so viel er konnte über die Vaccinia-Viren. Schlussendlich impfte er im Jahre 1796 den ersten Patienten, einen achtjährigen Jungen mit Kuhpockenviren aus einer Handpustel einer erkrankten Milchmagd. Sechs Wochen später führte er an dem Jungen eine Variolation mit Pockenviren durch und der junge Patient erwies sich als immun. Was Jenner damals noch nicht wusste, ist, dass seine erfolgreiche Immunisierung als erste Impfung in die Geschichte der Menschheit eingehen sollte. Sein Vorgehen mit Kuhpockenviren (lat.= vacca) verlieh der Impfung den Begriff, den sie bis heute trägt: Vakzination. Nach weiteren Versuchen veröffentlichte er 1798 seine Ergebnisse, darunter, dass eine Kuhpocken-Inokulation lebenslang anhalte, weder letal noch ansteckend sei. Die Impfung wurde zum riesigen Erfolg, unter anderem durch Napoleon, der alle seine Soldaten impfen liess und darauf im Jahre 1804 Jenner eine Ehrenmedaille verlieh. Es ist die lang ersehnte

Erlösung, auf welche die Weltbevölkerung sehr viele Jahrhunderte lang warten musste. Verschiedene Länder führten in den nächsten Jahrzehnten eine Pflichtimpfung gegen die Pocken ein. Und mit einer Impfung kamen auch die Gegner. Vor allem die Kirche war zu dieser Zeit gegen die Verunreinigung des Blutes mit Kuhviren. Doch dies stoppte nicht die Ausbreitung und Beliebtheit der Vakzination.

Bis zur Ausrottung

Auch wenn wir heute nur noch selten Berichte über die Pocken lesen, ist es noch nicht lange her, dass sie ausgerottet wurden. Es sind nämlich erst 43 Jahre vergangen, seitdem die WHO am 26. Oktober 1979 die Welt als pockenfrei bezeichnete. Selbst noch im 20. Jahrhundert wüteten ständig neue Epidemiewellen rund um den Globus. Zwar waren diese in Grösse und Letalität nicht mehr vergleichbar mit denen des Mittelalters, trotzdem hatten sie die Gesundheitsinstitute gefordert. Vor allem in den 1950er und 1960er Jahren suchte die altbekannte Krankheit Europa heim; in Deutschland, Polen, Schottland und der Tschechoslowakei wurde der

Bevölkerung diese Seuche wieder in Erinnerung gerufen. So beschloss die WHO 1967 eine weltweite Impfpflicht für Pocken. Es war ein sehr aufwendiges Unterfangen, welches aber erfolgreich in der Deklaration endete, dass die Pocken als ausgerottet galten. Bis zum heutigen Tag wird gesagt, dass es nur zwei Orte auf der Welt gibt, an denen die Pocken noch existieren; die Centers of Disease Control and Prevention (CDC) in Atlanta, USA und VECTOR in Russland, welches als russisches Gegenstück gilt. Obwohl die Krankheit nicht mehr unter den Menschen grassiert, bleibt sie in der Erinnerung präsent.

Die Pocken haben sich den Namen als eine der schlimmsten Krankheiten der Weltgeschichte redlich verdient, denn sie haben Millionen von Menschen das Leben gekostet. Kaum eine Seuche hat sich so global verbreitet wie diese fiesen Blasen und Pusteln. Sie haben aber auch einen wichtigen Beitrag zur Medizin geleistet, denn durch sie hat die Impfung an Glaubwürdigkeit und Seriosität gewonnen.

Elena Weidkuhn



Eine blinde Kuh entdeckt Zürich

In der Schweiz leben 50'000 blinde Personen, 4% der Schweizer Bevölkerung sind sehbeeinträchtigt. Grund genug, sich mit dem Thema Sehbeeinträchtigungen auseinanderzusetzen und sich in den Alltag einer betroffenen Person einzudenken.

Der Ziner nimmt euch mit auf eine Stadtführung der Stiftung blindenkuh durch Zürich. Außerdem tauchen wir ein in die dunklen, farblosen und geräuschintensiven Räume und entdecken die Geschmackswelt des Restaurants der Stiftung.

Es ist Samstagabend im Zürcher Seefeld. Meine Begleitung und ich betreten den modernen, stimmig beleuchteten Eingang der blindekuh. Das Restaurant befindet sich in einem alten Haus, in dessen Garten eine bunt bemalte Kuh steht. Eine Person am Tresen nimmt uns in Empfang und wir wählen was wir essen möchten – das vegetarische Menu surprise. Wir werden darauf aufmerksam gemacht, dass wir jederzeit aus dem Restaurant raus können, wenn wir eine Pause von der Dunkelheit brauchen. Dann holt uns unser Kellner ab. Ich halte mich an den Schultern des Kellners fest, meine Begleitung hält sich an meinen. Dann lassen wir das Licht hinter dicken Vorhängen zurück. Ich sehe nichts, aber ich höre ein Restaurant: viele Stimmen, das Kratzen von Besteck auf Tellern und das Klirren der Gläser. Ich muss mir Mühe geben, die Schultern des Kellners nicht zu verlieren. Er läuft zielstrebig. Ich hingegen fürchte, mir die Füsse anzustossen. Schliesslich nimmt er meine Hand und legt sie auf einen Stuhl. Ich ertaste in welche Richtung der Stuhl zeigt und wo der Tisch steht. Dankbar setze ich mich.

Den City Walk in Zürich der Stiftung blindekuh gibt es seit 2017. Heute sind unsere Stadtführer:innen Jean und Monika. Jean hat eine Frühgeborenen-Retinopathie, er ist blind. Monika hat seit dem Jugendalter eine juvenile Makuladegeneration und sieht einige Kontraste und Farben in der Peripherie ihres Gesichtsfeldes. Beide haben schon in der blindekuh im Service gearbeitet, beide halten weisse Stöcke in der Hand und beide benutzen Smartphones und Computer ohne Probleme. Als ich also auf die beiden Personen in gelben Leuchtwesten zugehe,



Fotografien: Catrina Pedretti

springen meine Gedanken umher: Normalerweise laufe ich direkt auf eine Person zu und lächle breit. Das reicht meistens, um die Aufmerksamkeit der Person zu erlangen und mich vorstellen zu können. Was mache ich, wenn die beiden Personen nicht sehen, dass ich auf sie zu laufe? Ich stehe nahe zu den beiden hin und stelle mich vor, in möglichst freundlichem Ton, um mein fehlendes Lächeln zu kompensieren. Es wird mir bewusst, wie viel ich mit meinem Aussehen, meiner Kleidung, meiner Mimik und Körpersprache ausdrücke und nie verbalisieren muss.

Es ist dunkel. Ich halte meine Augen offen. Trotzdem ist es so dunkel, dass ich das Gefühl habe, die Dunkelheit lege sich dumpf über meine Stirn. Meine Augäpfel wandern im raumlosen Raum herum, auf der vergeblichen Suche nach etwas Fixierbarem. Vorsichtig fahre ich mit den Fingerspitzen über die Tischfläche

und ertaste die Bierflasche, die der Kellner mir gerade gebracht hat. Ich versuche meiner Begleitung zuzuprosten. Es funktioniert nach einigen Versuchen mit zwei Händen – eine an der eigenen Bierflasche, die andre am Arm meines Vis-à-vis.

Bei der Stadtführung zeigen uns Jean und Monika die Zürcher Sehhilfe, eine Fachstelle rund ums Sehen. Die Stelle beratet Sehbeeinträchtigte zu Alltagshilfsmitteln wie sprechenden Uhren und Küchenwaagen, Grossschrifttagenden, Lupen und Lesegeräten sowie Smartphones und Computern.

Offenbar sitzen wir an einem Tisch für zwei. Nahe rechts von mir höre ich die Stimmen von zwei Personen, mit denen wir ins Gespräch kommen. Wie sehen sie wohl aus? Haben beide braune Haare, die Frau schulterlang, der Mann mit Brille? In meinem Kopf schon. Ich habe keine

Chance einzuschätzen, wie gross die blindekuh ist. Ich stelle mir etwa die doppelte Grösse eines Wohnzimmers vor. Wie ich später herausfinde, liege ich ziemlich falsch: Das Restaurant hat 78 Plätze.

Monika und Jean rasen durch die Stadt. Jean hält sich am Ellenbogen von Monika, und Monika folgt zügig den weissen Linien am Boden. Monikas Stock ist kürzer als derjenige von Jean. Jean hat nämlich einen Taststock, Monika einen Signalstock. Der Signalstock dient hauptsächlich dazu, den Mitmenschen zu signalisieren, dass sie sehbeeinträchtigt ist. Beispielsweise kann sie ihren Stock leicht anheben, als Signal, dass sie nun die Strasse überquert. Beiden fällt auf, dass sie in letzter Zeit häufiger in Mitmenschen reinstossen, dann komme ein «Äxguse, ich habe grad auf mein Smartphone geschaut.».

Ich höre ein bekanntes, dumpfes «Klack», als der Kellner einen Teller auf den Tisch stellt. Mit der Gabel in der Hand ertaste ich den Tellerrand und versuche, etwas Essbares aufzustechen. Sind das Tomaten? Feigen? In der Salatsauce ist sicher Aceto drin...

Wir kommen am Hauptbahnhof vorbei und enden bei der blindekuh, wo uns Jean sein Büro zeigt. Er koordiniert Reservationen und Arbeitspläne des Restaurants. Er schreibt mit dem Zehnfingersystem und ich bin beeindruckt von seiner Braillezeile, einem länglichen Stück Plastik, das vor der Tastatur liegt. Steht etwas auf dem Bildschirm, wachsen zeitgleich kleine Noppen aus der Braillezeile, damit er mit den Fingern mitlesen kann. Auch Smartphones benutzen die beiden im Alltag. Monika hat ihr Mobiltelefon so eingestellt, dass sie durch die einzelnen Apps swipen kann und ihr Gerät nacheinander die einzelnen Apps aufzählt. Sie swipet so lange, bis sie bei der gewünschten App ist. Dann klickt sie doppelt und kann in der App weiterswipen, bis sie findet, was sie braucht.

Unsere Fingerspitzen tasten uns durch den Hauptgang und das Dessert, stets auf der Suche nach der nächsten Gabel Essbarem und nie ganz im Klaren, ob überhaupt noch etwas im Teller übrig ist. Es ist spannend, sein Gegenüber nicht sehen zu können. Spannend, wieviel Variation und Farbe nur mit der Stimme mit-

Die Stadtführungen kann man auf der Homepage der blindekuh reservieren. Da man die Führung nur für ganze Gruppen buchen kann, lohnt sich der Besuch im Restaurant umso mehr. Vielleicht ein romantisches Rendezvous für Abenteuerlustige? Oder als Selbstexperiment für angehende Mediziner:innen? - blindekuh.ch

Wer trotzdem tiefer reinhören will in den City Walk, der kann das im Podcast von Jean Baldo tun. Diesen findet man auf seinem Reiseblog für blinde und sehbehinderte Menschen. - blindblog.ch.

schwingen. Da ich die anderen Restaurantbesucher:innen nicht sehen kann, merke ich, dass ich weniger abgelenkt bin und versinke im Gespräch.

Nachdem die Führung knapp eine Stunde länger als geplant gedauert hatte, geben uns Jean und Monika ein Schlusswort mit. Die beiden wünschen sich Offenheit. Und sie wün-

schen sich, dass man fragt: «Müssen Sie auch zum Bahnhof? Ich kann Sie mitnehmen.». Und sie wünschen sich, dass man Hilfe anbietet. Auch wenn man zwischendurch unfreundliche Reaktionen auf diese Frage bekommt. Es lohne sich, die Hilfe immer wieder anzubieten, für die Person, die die Hilfe dann braucht.

Hände auf Schultern, hindurch durch den schweren Vorhang, komme ich im sanft beleuchteten Eingangsbe reich der blindekuh an. Das Licht blendet trotzdem. Auf dem Weg nach Hause nehme ich plötzlich eine neue Welt wahr. Ich rieche die Straßen und höre die Tauben. Ich fühle die Abendluft um meine Nase und spüre das eingravierte Symbol auf dem Knopf, als sich die Türen vom Tram öffnen.

Catrina Pedrett

Tasträtsel – erkennst du den ertasteten Gegenstand?

Ich habe einen Gegenstand in der Hand. Er ist klein und leicht. Vielleicht etwa drei bis vier Centimeter lang. Er hat etwa die Form einer Zündholzschachtel. Der Gegenstand ist weder warm noch kalt, einfach etwas zwischendrin. Er hat eine fast glatte Oberfläche. Die Ecken sind abgerundet und auf dem Boden kann ich einige rauere Stellen ertasten. Vielleicht etwas, das ganz fein raussteht? Außerdem zieht sich eine feine Mittellinie durch den Boden des Gegenstandes. Am anderen Ende ertaste ich eine Rille, die wellenförmig geschwungen ist und auf der Vorderseite des Gegenstandes liegt. Dort kann ich den Gegenstand auch aufklappen. Der Deckel ist ungefähr bade wannenförmig, er ist also hohl. Ganz im Gegensatz dazu kann ich nicht in die kleine Schachtel hineingreifen, der Deckel versteckt bloss eine glatte Fläche aus demselben Material wie die Schachtel von aussen. An einer Stelle taste ich einen kleinen, scharfen Vorsprung, der sich kälter anfühlt. Dieser ragt aus der Fläche hinaus wie eine winzige Schaufel. Der kleinen Schaufel gegenüber taste ich einen feinen Faden, der aus der Fläche sprissst. Ich kann daran ziehen, der Faden wird dabei länger und es ertönt ein leises «rschsch» aus dem Innern der Schachtel. Der Faden ist klebrig, wächsern. Schliesse ich den Gegenstand wieder, gibt es ein feines «Plopp», als wäre der Gegen stand ein winziges Tupperware.

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 und wirst selber unterstützt
- nimmst du an interessanten Events teil und erweiterst dein Netzwerk für deine Karriere
- profitierst du von vielen Vergünstigungen

Erfahre mehr auf der medAlumni UZH-Website: <https://uzhalumni.ch/topics/10004>
Mitgliedschaften sind ab dem 6. Studienjahr möglich. Der Jahresbeitrag von CHF 50.- wird erst im 2. Jahr nach dem Staatsexamen fällig.

Der Präsident Dr. med. Pierre Vollenweider
med@alumni.uzh.ch



Fotografien: Catrina Pedrett



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**
- › **Coole JHaS-Gadgets**
- › **... und vieles mehr!**

Mehr Informationen unter:
www.jhas.ch



Jetzt scannen und
 gratis beitreten!

Medizingeflüster

Wenn Gelächter den Hörsaal ausfüllt, hat das meist einen Grund: Der oder die Professor*in hat wieder einmal etwas Komisches über die Lippen gebracht. Die Autor*innen dieser Zeitschrift haben die Ohren stets gespitzt und sammeln die schrägstens Sprüche unserer Dozierenden. Die 'Crème de la Crème' findet dann Einzug auf dieser Seite.

Prof. Olivier Devuyst über Mitochondrien in den Nierentubuli: „Usually we say the mitochondria are like beans, but no, no, they are like sausages, it's not the same.“

Prof. Olivier Devuyst: „The reason why you're all beautiful and tall is vitamin D.“

Prof. Olivier Devuyst über die Form der Niere: „Very nice, smooth bean, very beautiful.“

Prof. Olivier Devuyst: „Have you heard of the starling forces? P and p: pipi.“

Prof. Olivier Devuyst über einen Patienten: „Gilbert what's happened to you, why are you peeing like this?“

Prof. Olivier Devuyst über den Fakt, dass Magnesium als einziges mehrheitlich im distalen Nierentubulus absorbiert wird: „Magnesium is a little star.“

Prof. Soeren Lienkamp über den Cremasterreflex: „Murmeltiere können ihre Hoden in den Körper ziehen, wenn sie rennen. Das ist noch praktisch, dann schleift das nicht so rum.“

Prof. Soeren Lienkamp: „Jetzt kommen wir zum, ja, bei uns zuhause heisst das Schniedelfutzi.“

Illustration: Fabia Laufer

Vier gewinnt

Mündliche Prüfungen im 2. Studienjahr

Vor der Tür zum Zimmer, in dem meine erste mündliche Prüfung dieses Semester stattfinden würde, sah ich meinen Examinator im Gang auf mich zugehen. Wir begrüssten uns und er fragte nach meinem Namen. Nachdem ich mich vorgestellt hatte, fragte ich ihn im Gegenzug, wie er denn heisse. Auch er stellte sich vor. Leider stellte es sich heraus, dass es mein Professor war, bei dem ich nun schon seit eineinhalb Jahren Unterricht hatte. Da wusste ich, dass ich wohl schon im Gang vor dem Prüfungsraum einen holprigen Start hingelegt hatte.

Holprig wurde es später auch noch, denn wenn man auf eine Frage die Antwort nicht weiss, gibt es mehrere Optionen. Entweder man rät wild drauf los und sagt alle medizinischen Fachbegriffe auf, die einem noch im Kopf herumschwirren. Es ist auch möglich in der peinlichen Stille auszuharren und ein paar mal „Eehmm...“ zu sagen. Oder man sagt „oh ich bin so nervös, dass es mir gerade nicht einfällt“, obwohl

man keinen blassen Schimmer hat, wovon im Moment die Rede ist. Bei mir sind definitiv schon all diese Optionen irgendwann zum Zug gekommen.

Jedenfalls muss ich aber sagen, dass es mir als Prüferin deutlich mehr Spass machen würde, jemanden wie mich zu prüfen als jemanden, der alles weiss, da man sich zum Teil doch abwechslungsreiche Kommentare und seltsame Antworten einfängt. Dass das vertrocknete, zerknautschte und fast viereckige Ovar - in einem zweigeteilten Becken ohne Oberbauch und Bein- wohl wirklich nicht mehr so gesund sei, hätte ich mir vermutlich verkneifen können. Aber irgendwie muss man doch versuchen, die Stimmung zu heben, nachdem man gefühlte zehn Minuten damit verbracht hat herauszufinden, was dieser Knödel eigentlich ist, der da im weiblichen Becken herumeiert.

Der Lernphasenhumor ist manchmal eine richtige Epidemie, da er kontinuierlich schlechter wird und nach und nach die gesamte Lerngruppe

befällt. Wörter wie Megaurether oder Nucleus Gigantozellularis sind nach monatelangem Lernen absolute Comedy vom feinsten. Es freut mich trotzdem immer, wenn mich jemand lustig findet. Damit konnte ich an der Physiologie-Prüfung dienen. Mein Examinator fand es nämlich ziemlich amüsant, als ich plötzlich vor lauter Megaurether sagte, dass man im menschlichen Ohr einen Gradienten von 150 Megavolt anstelle von Millivolt findet. Ein lautes Lachen und „Das wäre wirklich *spannend*“ waren dann sein Kommentar darauf, den ich gerne angenommen habe. Auf jeden Fall ist dieses endlose zweite Jahr jetzt erstmal vorbei und ich fühle mich wie neugeboren und bereit, während der nächsten zwei Monate für die Uni keinen Finger mehr zu rühren.

Amelie Erlinger

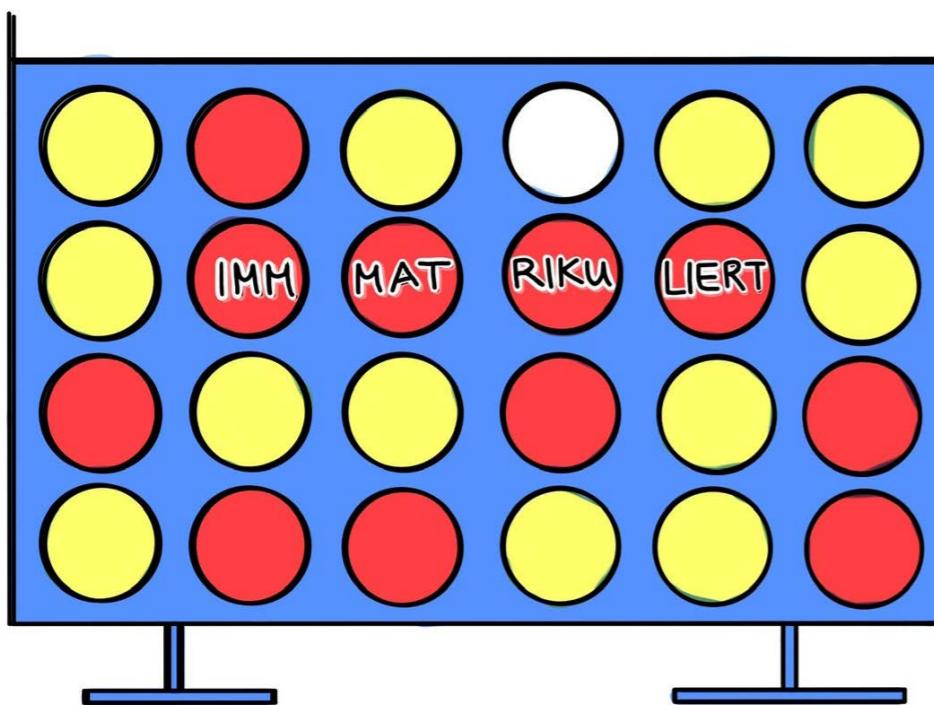
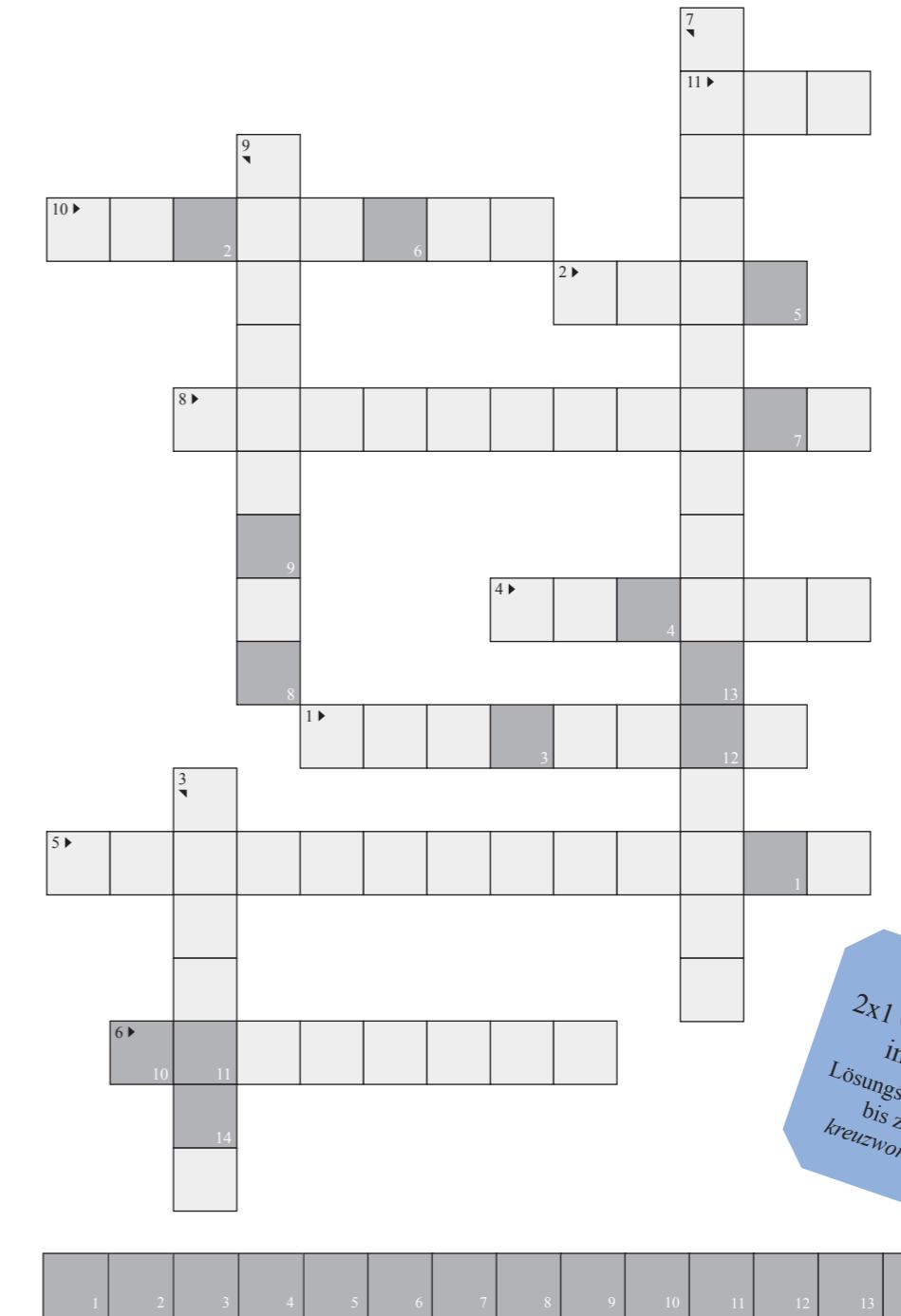


Illustration: Amelie Erlinger

Und hier gewinnt?



Zu gewinnen:
2x1 Orell Füssli Gutschein
im Wert von 20 Fr.
Lösungswort, Name und Adresse
bis zum 31.10.2022 an:
kreuzwortraetsel@derziner.ch

- 1 Diminutiv der Kopfbedeckung eines Ritters und Name eines Professors.
 - 2 Das grösste Organ des menschlichen Körpers.
 - 3 Schwarze Süßigkeit aus Süßholz, welche den Blutdruck erhöht und zu einem Abusus führen kann.
 - 4 Art von Muskelzellen, welche spindelförmig sind.
 - 5 Histologisches Erkennungsmerkmal für Herzmuskelzellen.
 - 6 Dort steht man, wenn man aus den Hörsälen des 1. und 2. Studienjahres im Irchel Hauptgebäude kommt.
 - 7 Entstehen bei einem Riss von Bindegewebsfasern bei übermässiger Dehnung der Haut.
 - 8 60% der Dozenten aus diesem Fachgebiet (welche im 2. Studienjahr Vorlesungen halten) haben eine Glatze.
 - 9 Tram- und Bus-Haltestelle von der aus man durch den Park zur Universität Irchel gelangt.
 - 10 Der erste Schritt der Gewebepräparation, der gemacht wird, damit sich die Zellen nicht weiter bewegen.
 - 11 Die Stelle, wo man alle Herztöne hören sollte, welche am 3. Intercostalraum parasternal links liegt, heisst auch-Punkt.
- Amelie Erlinger

was steht hinter medi?



Du?

Schreiben und Gestalten sind dein Ding?
Dann ist der Ziner deine Möglichkeit, dich kreativ auszuleben!
Wir freuen uns über deine Nachricht: redaktion@derziner.ch



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



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

Mit Unterstützung von

Verband der Studierenden
der Universität Zürich **VSUZH**

Impressum

DER ZINER

September 2022

Redaktionsleitung

Simon Christiaanse
Amelie Erlinger

Redaktion

Amelie Erlinger
Anna Sophia Stöckli
Catrina Pedrett
Elena Weidkuhn
Fabia Laufer
Gioia Epprecht
Lynn Jansen
Simon Christiaanse
Sophia Meier
Yi Zheng

Layout

Fabia Laufer
Gioia Epprecht
Lynn Jansen

Illustrationen & Fotografie

Gioia Epprecht
Lynn Jansen
Fabia Laufer
Annalena Schatzmann
Catrina Pedrett
Amelie Erlinger
Sabina Räz

Titelfotografie

Jan Han

Website

Gioia Epprecht
Fabia Laufer

Inserate

Stella Vocke

Kontakt

www.derziner.com
redaktion@derziner.ch

Inserate & Werbung

Preis auf Anfrage
werbung@derziner.ch

Druck

Onlineprinters
www.de.onlineprinters.ch

medica

MEDIZINISCHE LABORATORIEN Dr. F. KAEPPELI AG

Ihnen zuliebe wählt Ihr Arzt
das beste Labor



medica

MEDIZINISCHE LABORATORIEN Dr. F. KAEPPELI AG

Wolfbachstrasse 17, Postfach, 8024 Zürich

Telefon 044 269 99 99, Telefax 044 269 99 09

info@medica.ch www.medica.ch

Unnützes Wissen IV

Anna Sophia Stöckli

König Ludwig XIV. förderte das Sezieren. Wieso? Weil er auf seinem Hintern ein Furunkel hatte, das er operativ entfernt haben wollte. Damit seine Ärzte üben konnten, durften sie es im Voraus an Leichen probieren.

Kilogramm für Kilogramm produziert ein Mensch mehr Hitze als die Sonne, rein mathematisch.

Falls du es nicht glaubst:

Hitze auf der Oberfläche / Gewicht der Sonne: $5600\text{ K} / (1.989 * 1030\text{ kg}) = 2.8 * 10^{-27}\text{ K/kg}$

Hitze auf der Oberfläche / durchschnittliches Gewicht eines Menschen: $310.15\text{ K} / 80\text{ kg} = 3.88\text{ K/kg}$

Im Mittelalter, besonders im 16. und 17. Jahrhundert, war Kannibalismus ein gängiges medizinisches Heilmittel. Insbesondere die Körper von jungen, gesunden und gewaltsam verstorbenen Personen wie gehängten Verbrechern waren beliebt. Man glaubte, dass jedem Menschen eine bestimmte Lebenszeit zustünde. Wenn nun jemand gewaltsam vorzeitig aus dem Leben schied, verblieb die Lebenskraft im Körper und ging durch den Konsum auf einen neuen Träger über. Heilmittel wie geräuchertes menschliches Fleisch oder Leichenpaste gab es in jeder Apotheke zu kaufen. Der britische König Karl II. trank fast täglich vom Königstropfen: verflüssigtes menschliches Gehirn.

Der Monat Juli ist nach dem römischen Kaiser Julius Cäsar benannt, der August nach seinem Nachfolger Kaiser Augustus.

Alte Reiterstatuen enthalten Hinweise auf die Todesursache des Reiters. Hat das Pferd beide Beine in der Luft, starb die Person in der Schlacht. Hat es eines in der Luft, starb sie an den Verletzungen einer Schlacht. Hat es alle Beine auf dem Boden, starb sie einen natürlichen Tod.

