

DER ZINER



September 2023 N° 21

Was steht hinter Medi?

Multiple Voices
Nicht nur eine Lösung ist richtig



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!

Editorial

Das Schweizer Gesundheitssystem ist mit verschiedenen Problemen konfrontiert: Durch den Fachkräftemangel stossen die Gesundheitseinrichtungen und ihre Angestellten an die Belastungsgrenze. Viele Assistenzärzt:innen sind unzufrieden mit ihren Arbeitsbedingungen, steigende Krankenkassenprämien sind schon seit Jahren ein Problem und Fehlinformationen schwächen das Vertrauen in die Medizin. Durch die Ausbreitung multiresistenter Erreger gehen uns wirksame Antibiotika aus und bakterielle Infektionen stellen eine grössere Gefahr dar. Während kaum jemand die Existenz dieser Probleme abstreiten würde, gehen die Meinungen bei der Suche nach Lösungen auseinander. Es gibt viele verschiedene Stimmen, aber ungleich einer Multiple Choice Aufgabe ist nicht nur eine Antwort richtig. In dieser Ausgabe haben wir uns vorgenommen, einigen dieser Stimmen einen Raum zu geben. Denn es liegt an uns allen, einen harmonischen Einklang zu finden, um die genannten Probleme zu lösen.

*Wir wünschen eine angenehme Lektüre.
Simon Christiaanse und Amelie Erlinger,
Redaktionsleitung*

Interviews	4
- Co-Päsidentin des VSAO Zürich Dr. med. Anna Wang	
- Viszeralchirurgin Dr. med. Dominique Lisa Birrer	
Aus der Traum?	10
Die erschütternde Realität über die Arbeitsbedingungen in der Medizin	
Anstieg des Papierspiegels!	14
Wie nah? Wie gut? Wie teuer?	16
Ist die Reserve aufgebraucht?	20
Drugs of last resort	
The Million Dollar Lie	22
Wimmelbild	24

N°21 September 2023



Fotografie: Jan Han

26	Leben in Semestern Traumjob: Zahnärztin?
28	Kulturcafé Von LitRPG, Heilen und einer (zum Glück) langen Buchreihe
29	Kreuzworträtsel
30	Mötzli Hadern mit dem Nicht-wissen
31	Medizingeflüster
32	Mein Wahlstudienjahr: St. Francis Referral Hospital, Ifakara, Tansania

Interviews

„Statistiken sind wie Laternenmasten für Betrunkene: Sie dienen mehr zur Unterstützung als zur Beleuchtung.“ (Unbekannt)

Es wäre ein Leichtes gewesen, anhand von Statistiken die Misstände in der Medizin und die Unzulänglichkeiten der Arbeitsbedingungen aufzuzeigen. Wie das obige Zitat vortrefflich beschreibt, hätten wir mit diesem Vorgehen ohne Zweifel die Tiefgründigkeit der Thematik verpasst und die Geschichten von Betroffenen nie zu erzählen vermögen. Wir schätzen uns glücklich, mit Dominique Lisa Birrer und Anna Wang zwei reflektierte und passionierte Ärztinnen gefunden zu haben, welche uns von ihren Erfahrungen im Gesundheitswesen berichtet haben. Insbesondere die Gegebenheit, dass Anna durch ihre Rolle als VSAO Co-Präsidentin Zürich und Dominique durch ihre klinische und forschende Tätigkeit am USZ mannigfaltige Perspektiven auf den Arztberuf bieten, verleiht den Gesprächen eine Strahlkraft, welche Licht von verschiedenen Seiten auf eine Laufbahn in der Medizin wirft. Wir hoffen, dass die Interviews Unklarheiten aufzuhellen vermögen, und Euch eine neue Sicht auf die Herausforderungen und Chancen dieses faszinierenden Berufes schenken.



Interview mit der Co-Präsidentin des VSAO Zürich Dr. med. Anna Wang

Anna Wang ist Co-Präsidentin des Zürcher VSAO (Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärzt*innen). In diesem Amt beschäftigt sie sich unter anderem mit Themen wie Arbeitsbedingungen, Chancengleichheit und rechtlichen Konflikten in der Medizin. In ihrer Haupttätigkeit arbeitet sie als Oberärztin in der Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie im Kantonsspital Aarau.

Anna, ein aktuelles Thema in der Medizin ist, dass viele Ärzte an ihre Grenzen stossen und unzufrieden mit ihrer Arbeit sind. Weshalb ist das so?

Die Gründe für die zunehmende Unzufriedenheit sind vielseitig. Zwei der wichtigsten Faktoren sind die Arbeitszeit und die Bürokratie. Der Arztberuf geht im Vergleich zu anderen Berufsgruppen mit einem

überdurchschnittlich hohen wöchentlichen Stundenpensum einher. So machen viele Ärzt*innen die Erfahrung, dass sie neben ihrer beruflichen Tätigkeit nicht genügend Zeit für ihr soziales Umfeld und ihre persönlichen Interessen finden. Zusätzlich entwickelt sich der Aufgabenbereich immer mehr in eine administrative Richtung. Dieser bürokratische Wandel hat dazu geführt,

dass die Sinnhaftigkeit vieler Tätigkeiten schwer zu erkennen ist, was von Ärzt*innen als unbefriedigend wahrgenommen wird.

Die NZZ hat im Winter einen Artikel über die Arbeitsbedingungen und Zufriedenheit der Assistenzärzt*innen veröffentlicht. Wie akkurat repräsentiert er die Situation?

Der Artikel bezieht sich auf die Antworten von über 4500 Assistenzärzt*innen. Abgesehen von einigen Störfaktoren kann man grundsätzlich davon ausgehen, dass eine Umfrage mit einer solch hohen Teilnehmerzahl die Gefühlslage der praktizierenden Assistenzärzt*innen repräsentativ darstellt. Der Artikel kann als Bestätigung angesehen werden, dass die Überbelastung und Unzufriedenheit ernstzunehmende Themen sind, welche einer Lösung bedürfen. Diese Erkenntnisse decken sich mit unseren Erfahrungen im Verband, dass die Assistenzarztzeit als sehr belastend erlebt wird.

Was sind konkrete Lösungsansätze, um die Zufriedenheit der Ärzte zu erhöhen?

Man sollte die Bedürfnisse der Assistenz- und Oberärztinnen differenziert betrachten. Den Assistenzärzten ist es zum Beispiel wichtig, eine hochwertige Ausbildung zu erhalten, die ihnen fachliche und menschliche Fortschritte ermöglicht. Die Arbeit sollte gleichzeitig in einem Rahmen stattfinden, welcher sich mit sozialen und anderweitigen Interessen verbinden lässt. Mit der 50 Stundenwoche hat man den ersten Schritt in die richtige Richtung gemacht. Für die Oberärzt*innen hingegen sind Wertschätzung und Förderung zentrale Anliegen. Sie wollen für ihre Arbeit und ihre Verantwortung Anerkennung erfahren und zugleich berufliche Aussichten aufgezeigt bekommen, welche ihren Karrierezielen gerecht werden.

Wer ist dafür verantwortlich, diese Lösungsansätze umzusetzen?

Von aussen betrachtet ist es leicht, zu sagen, die Klinikleitung stehe in der Verantwortung, die Arbeitsbedingungen zu verbessern. Ich mache allerdings auch immer wieder die Beobachtung, dass von der Klinikführung viel gefordert wird und der eigene Beitrag dabei vergessen geht. Wenn man weniger arbeiten möchte, muss man auch persönlich bereit sein, proaktiv zu handeln und gut vorbereitet zur Arbeit zu erscheinen.

Wie unterscheidet sich die Arbeit von den Assistenz- zu den Oberärzt*innen?

Meiner Erfahrung nach sind dies zwei sehr unterschiedliche Tätigkeiten. Mir gefällt die Oberarztstätigkeit bisher deutlich besser. Ich führe dies

darauf zurück, dass man als Oberärztin weniger Administration macht und näher am Patienten ist. Ich gehe fast jeden Tag zur Arbeit mit dem Gedanken «Cool, dass ich das mache. Dieser Job macht Spass!». In

Es empfiehlt sich daher, sich früh bewusst zu machen, dass die Medizin zwar ein wunderbarer Beruf ist, welcher aber mit einer Zerzeissprobe startet.

meiner Assistenzarztzeit war es nicht immer so. Diese Diskrepanz deckt sich auch mit den Erfahrungen aus dem VSAO. Es gibt viele Assistenzärztinnen, welche ihren Beruf kurz

vor dem Facharzttitel hinschmeissen wollen und mit einem Ausstieg liebäugeln. Es empfiehlt sich daher, sich früh bewusst zu machen, dass die Medizin zwar ein wunderbarer Beruf ist, welcher aber mit einer Zerzeissprobe startet. Zielstrebigkeit, Engagement und Durchhaltevermögen sind definitiv gefragt.

Es besteht ein Konsens, dass zu viel Bürokratie von Medizinern verrichtet werden muss. Ändern tut sich wenig. Weshalb?

Es ist eine Tatsache, dass die Ärztinnen zu viel administrative Aufgaben ausführen müssen. Leider sind viele dieser Aufgaben im digitalisierten Gesundheitswesen nicht mehr wegzudenken. Denn sie dienen dazu, den Betrieb zu organisieren, die Finanzen zu verwalten und die Arbeit zu dokumentieren.

Meiner Meinung nach gibt es zwei



Ansätze, um die bürokratische Last zu verringern: Einerseits besteht die Möglichkeit, die Administration an Personal zu delegieren, welches gezielt für diese Aufgaben ausgebildet ist. Andererseits ist es wichtig, dass die Dokumentation effizient durchgeführt werden kann. Eine funktionierende technische Infrastruktur mit modernen Geräten ist in dieser Hinsicht unentbehrlich. Bei beiden Punkten muss der Betrieb jedoch bereit sein, Geld in die Hand zu nehmen. Ansonsten wird sich nichts ändern.

Was ist wichtig bei der Karrierewahl? Und wie sehr soll die «Work/Life-Balance» bei dieser Entscheidung beachtet werden?

Man erhält von der jüngeren Generation den Eindruck, dass sie bei der Berufswahl die Vereinbarkeit von Arbeit und Privatleben stark gewichtet. Dies ist der Grund, weshalb die halbchirurgischen Fächer wie Ophthalmologie und HNO gerade so boomen. Mit dem VSAO machen wir die Erfahrung, dass es zunehmend Leute gibt, welche auf Grund von persönlichen Bedenken ihre Wunschdisziplin nicht verfolgt haben, und sich nun in einem Bereich wiederfinden, der ihnen nicht wirklich gefällt. Der anfängliche Kompromiss hat also dazu geführt, dass die Arbeit nicht als Bereiche-

Meiner Meinung nach ist es sehr gut möglich, den Arztberuf mit einer Familie zu kombinieren. Punkt.

rung, sondern als Last empfunden wird. Man sieht, dass es eine Gratwanderung ist, einen erfüllenden Beruf zu finden, welcher zugleich genügend Freizeit verspricht. Es lohnt sich, früh nachzudenken, was einem wirklich wichtig ist und wie sich diese Anliegen am besten kombinieren lassen. Persönlich würde ich raten, in einen Fachbereich zu gehen, welcher einen aufrichtig fasziniert. Denn Arbeiten tut man in jedem Fachbereich viel. Und Spass an der Arbeit zu haben ist von unschätzbarem Wert.

Wie gut lässt sich eine Karriere in der Medizin mit einer Familie kombinieren?

Meiner Meinung nach ist es sehr gut

möglich, den Arztberuf mit einer Familie zu kombinieren. Punkt. Natürlich gibt es Fächer, welche kontinuierlich arbeitsintensiv sind. Aber auch hier lässt sich mit vorzeitiger Planung und guter Koordination vieles wettmachen. Die Haltung, Chirurgie und Familie seien unvereinbar, ist weit verbreitet. Dies ist meiner Meinung nach ein Trugschluss. Es gibt viele Beispiele, welche genau das Gegenteil beweisen. Aus Gesprächen mit Kolleg*innen und Mentor*innen geht vielmehr hervor, dass die Partnerwahl entscheidend ist. Denn wenn man sich einig ist, wie die Erziehung der Kinder und die Aufteilung der Arbeit aussehen soll, ist ein solides Fundament gelegt, um die Familie und den Arztberuf harmonisch zu verbinden.

Wie realistisch ist es, in der Medizin Teilzeit zu arbeiten? Wie wirkt sich dies auf die Karriereziele aus?

Es gibt viele Bereiche, in welchen ein 80 oder 60 Prozent Pensum möglich ist. In Zukunft werden immer mehr Arbeitgeber bereit sein, Teilzeitstellen anzubieten. Ich finde es aber auch wichtig, dass man sich bewusst ist, was für einen Einfluss die Teilzeitarbeit auf den Beruf haben kann. Persönlich bin ich der Meinung, dass es eine Utopie ist, sowohl in der Familie als auch in der Karriere alle Ziele erreichen zu können. Man muss eine persönliche Balance finden, um seinen familiären und beruflichen Aspirationen gerecht zu werden. Es ist wichtig, mit der Tatsache leben zu können, dass Menschen ohne Familie womöglich mehr Zeit in ihre Karriere investieren, und entsprechend schneller Fortschritte bei der Erreichung ihrer Ziele machen.

Du hast immer wieder die Wichtigkeit der Planung hervorgehoben. Worauf sollte man im Studium achten, um später seine Ziele zu erreichen?

Ich finde es wichtig, dass man sich bewusst ist, weshalb man Ärztin werden möchte. Ist es die Hilfestellung an Personen und Gesellschaft? Ist es die Faszination an Mensch und Medizin? Wie wichtig sind einem Prestige und Einkommen? All diese Faktoren geben Auskunft darüber, was man eigentlich möchte und wie man es erreichen könnte. Des Weiteren lohnt es sich, während des Studiums darauf zu achten, welche Fächer Begeisterung erwecken. Natürlich werden sich im Laufe der Zeit eini-

ge Ansichten ändern. Deshalb ist es wichtig, sich immer wieder mit diesen Fragen auseinander zu setzten.

Mit dem Erreichen des Facharzttitels erhält man gewissermassen einen Freipass, mit dem man eigentlich alles machen kann. Man kann aus der Medizin aussteigen, in die Praxis gehen oder als Oberarzt arbeiten.

Persönlich bin ich der Meinung, dass es eine Utopie ist, sowohl in der Familie als auch in der Karriere alle Ziele erreichen zu können.

Zudem hat man durch die Assistenzarztzeit herausgespürt, was einem Spass macht, wo die physischen und psychischen Grenzen liegen, und welchen Stellenwert die Arbeit einnehmen soll.

Was würdest du Studierenden in Bezug auf eine Laufbahn in der Medizin noch auf den Weg geben wollen?

Ich empfehle, den Übergangsphasen mit einer konstruktiven Einstellung zu begegnen. Denn der Rollenwechsel von Studium zur Assistenzarztzeit und auch der Aufstieg zur Oberärztin gehen ohne Zweifel mit Belastung und Überforderung einher. Ist man sich dieser Tatsache bewusst und begegnet man ihnen mit der Erwartung, dass Schwierigkeiten natürliche Teile dieser Prozesse sind, lassen sie sich leichter überstehen. Natürlich ist es auch eine Glücksfrage, zur richtigen Zeit am richtigen Ort zu sein. Aber auf schwere Momente und komplizierte Menschen trifft man in jedem Spital. Erst mit der Zeit findet man heraus, welche Stelle für einen selbst die passende ist. Und diese Zeit sollte man sich lassen.

Michael Schwarz

Interview mit Viszeralchirurgin Dr. med. Dominique Lisa Birrer



Dominique Lisa Birrer ist Oberärztin in Vertretung in der viszeralchirurgischen Klinik am Universitätsspital Zürich und befindet sich in der Ausbildung zum Schwerpunkt Viszeralchirurgie. Neben ihrer klinischen Tätigkeit forscht sie im Bereich der Leberregeneration. In einem Praktikum ist mir zudem aufgefallen, wie wichtig ihr die Ausbildung von Student*innen ist und wie leidenschaftlich sie diese Lehrtätigkeit verfolgt. Im Interview spricht sie mit uns über die Ausbildung, Arbeitsbedingung und Familie in der Medizin. Des Weiteren äussert sie sich über Möglichkeiten, wie man den ärztlichen Beruf attraktiv halten könnte.

Was hat dich in die Medizin geführt? Wie bist du zur Chirurgie gelangt?

Wer mich sicher beeinflusst hat, ist mein Vater. In meiner Kindheit war er selten zuhause, denn er ist selbst

Ich war fasziniert von der Vorstellung, mit einem kleinen Schnitt in den Bauch Menschen helfen zu können.

Chirurg. Seine Begeisterung für den Beruf und sein Herzblut im Umgang mit seinen Patient*innen haben wir aber auch von zuhause aus miterlebt. Als wir ihn eines Abends im Spi-

tal besuchten, hat mich das Erlebte nicht mehr losgelassen. Auf seinem Tisch lag noch eine Schatulle mit Gallensteinen und ich war fasziniert von der Vorstellung, mit einem kleinen Schnitt in den Bauch Menschen helfen zu können. Als Unterassistentin habe ich im Stadtsptal Triemli meine Leidenschaft für das Operieren entdeckt. Der spannende und hektische Alltag hat mir sehr gefallen und ich war begeistert davon, die Anatomie aus den Lehrbüchern in der Realität zu erleben. Zudem fasziniert mich der Grundgedanke dieses Fachs, mit manueller Arbeit ein medizinisches Problem auf schnelle und elegante Weise zu lösen.

Wie hast du die Assistenzarztzeit erlebt?

Als Assistenzärztin habe ich im Triemli eine strenge und lehrreiche Zeit erleben dürfen. Aber die Um-

Verzicht gehört aber sicherlich zu diesem Beruf dazu.

stellung vom Studium in eine A-Klink war hart. Im Laufe der Ausbildung gewöhnt man sich an die Anforderungen, wird effizienter und lernt, die begrenzte Freizeit für die wichtigsten sozialen und körperlichen Bedürfnisse zu nutzen. Verzicht gehört aber sicherlich zu diesem Beruf dazu.

Wie hat sich das hohe berufliche Pensum auf die Beziehung zur Familie und zu Freund*innen ausgewirkt?

Die Zeit für die Pflege sozialer Kontakte ist begrenzt. Natürlich würde ich gerne mehr Erlebnisse mit meiner Familie und meinen engsten Freunden teilen. Trotzdem habe ich das Gefühl, dass die langjährigen festen Freundschaften diesen Um-

Hunderte Stunden Haken halten, ohne den Situs genügend einzusehen, und Berichte zu schreiben, ohne direkten Kontakt zu Patienten zu haben, verbessern die chirurgischen Fähigkeiten nicht.

ständen standhalten. Man muss die Freundschaften selektionieren und auf die Wichtigsten seine Zeit und Energie konzentrieren. Aber es ist sicher nicht so leicht, wie es sich anhört. Ein Ex-Freund hat mir einmal gesagt, dass für ihn die Beziehung nicht funktionierte, wenn die Medizin immer an erster Stelle stehe. Dieser Tatsache muss man sich bewusst sein – nicht alle Menschen wollen das mitmachen.

In den Medien wird immer wieder berichtet, dass viele Ärzt*innen an den Grenzen ihrer Kräfte sind. Was muss sich verändern?

Der VSAO setzt sich aktiv ein, für Assistenz- und Oberärzt*innen gerechte Arbeitsbedingungen zu schaffen. Aber gerade in der Chirurgie ist dies schwer umsetzbar, da man für die Erlernung des Handwerks möglichst viel Exposition haben und sich nicht an einem maximalen wöchentlichen oder monatlichen Arbeitspensum orientieren möchte. Ich finde es daher falsch, Ärzt*innen das Operieren zu verbieten, welche mehr Zeit in ihr Fach investieren wollen. Die Lösung sehe ich darin, zwar einen geschützten Rahmen zu bieten, der aber gleichzeitig keine Grenzen für Individuen setzt, welche mehr arbeiten möchten.

Zur hohen Arbeitsbelastung hinzu kommt, dass Ärzt*innen im Gegensatz zu früher viel mehr bürokrati-

sche Arbeiten verrichten müssen, welche nicht ihren Kernkompetenzen entsprechen. Bei diesem Problem würde das Delegieren der Dokumentation an geschultes Personal wie Clinical Nurses zu einer notwendigen Erleichterung führen. Auch der Einbezug digitaler Innovation bietet grosses Potential, um in Zukunft die bürokratischen Aufgaben zu vereinfachen.

Stimmt es, dass man unglaublich viel operieren muss, um ein*e gute*r Chirurg*in zu werden? Paul Vogt hat sich in der NZZ mit der Aussage „wer mehr arbeitet, lernt auch mehr“ zitieren lassen.

Paul Vogt hat sicher recht, dass man mit mehr Exposition im Operationsaal eine bessere Chirurgin wird. Aber nicht nur die Zeit, sondern vor allem die Qualität der Ausbildung ist von Relevanz. So zeigen Untersuchungen der Lernkurven klar, dass die besten Ergebnisse erst durch die vielfache Durchführung eines spezifischen Eingriffes erreicht werden. Für die Erlangung der praktischen Fertigkeiten braucht es also Simulationstrainings, Schulungen in Skills Labs und angeleitete Lehre im Operationssaal. Hunderte Stunden Haken halten, ohne den Situs genügend einzusehen, und Berichte zu schreiben, ohne direkten Kontakt zu Patient*innen zu haben, verbessern die chirurgischen Fähigkeiten nicht.

Es besteht ein Konsens, dass die Bürokratie verringert werden muss. Wie gut funktioniert der Lösungsansatz bei Euch am USZ mit den Clinical Nurses?

Die Clinical Nurses helfen primär bei der Anmeldung der Patient*innen und bei der Organisation der Sprechstunden. Die Dokumentation wird ausschliesslich von den Assistentenärzt*innen erledigt. Zudem besteht die Tendenz, dass viele durchaus delegierbare Aufgaben von Ärzt*innen ausgeführt werden müssen. Diese Fixierung auf die ärztliche Kompetenz führt zu einer zusätzlichen Arbeitsbelastung, welche sich definitiv vermeiden liesse.

Themenwechsel: Wie erlebst du es, als Frau Karriere in der Medizin zu machen?

Meine Erfahrungen sind bisher überwiegend positiv. Ich habe die Ziele, welche ich mir vorgenommen habe,

bisher durch harte Arbeit erreichen können. So habe ich im Januar 2020 den Facharzt Chirurgie abgeschlossen und anschliessend im Rahmen des PhD Forschung betrieben. Tatsache ist aber auch, dass vielen Frauen nicht die gleichen Karrierechancen wie ihren männlichen Kollegen offenstehen.

Aus diesem Grund ist es mir ein hohes Anliegen, dass Ärztinnen und Ärzte auf der Basis ihres Einsatzes, ihres Wissens und ihres Entwicklungspotenzials gefördert werden. Das Geschlecht sollte weder einen Einfluss auf die Behandlung am Arbeitsplatz, noch auf die beruflichen Aufstiegsmöglichkeiten haben.

Wie stellst du dich zur Behauptung, dass es für Frauen schwieriger ist, Karriere und Familie unter einen Hut zu bringen?

Du spielst wahrscheinlich auf die Kinderfrage an. Es ist ein sehr wichtiges Thema, mit dem sich Frauen

Das Geschlecht sollte weder einen Einfluss auf die Behandlung am Arbeitsplatz, noch auf die beruflichen Aufstiegsmöglichkeiten haben.

und Männer im gleichen Ausmass auseinandersetzen sollten. Heutzutage ist die Erziehung nicht mehr nur Aufgabe der Mütter. In meinem Berufsumfeld erlebe ich, wie sich viele meiner Kollegen mit genau denselben Fragen konfrontiert sehen wie meine Kolleginnen: Wie lassen sich Arbeit und Kindererziehung verbinden? Bleibt noch Zeit für Partner und Hobbys?

Trotzdem würde ich aus eigener Erfahrung behaupten, dass in Bezug auf die Familienplanung noch geschlechtliche Unterschiede bestehen. So sieht man sich als Ärztin immer wieder mit der Frage konfrontiert, ob man eine Familie gründen möchte. Ich vermute, es besteht die Annahme, dass sich die Förderung einer Frau bei bestehendem Kinderwunsch nicht gleichermassen auszahlen würde wie bei einem Mann. Das ist meiner Ansicht nach ein Trugschluss. Denn heutzutage lässt sich, unabhängig vom Geschlecht,

die Betreuung von Kindern durch Unterstützung vom sozialen Umfeld und Nutzung von Kindertagesstätten gut mit einer Karriere in der Medizin vereinbaren. Und die Abwesenheit während des Elternurlaubs, wie auch für den Militärdienst, muss zwar gut geplant werden, kann aber durch eine entsprechende Einsatzplanung aufgefangen werden.

Ich finde es daher schade, wenn Frauen mit Kinderwunsch auf die Karriere verzichten. So erfreut mich die Entwicklung, dass es immer mehr arbeitstätige Mütter als Vorbilder gibt. Aber es ist sicher so, dass die Balance zwischen Arbeit und Familie nicht einfach zu finden ist. Aus meinem Umfeld erlebe ich, dass Kolleg*innen Mühe haben, ihren Ansprüchen sowohl Zuhause als auch am Arbeitsplatz vollumfänglich gerecht zu werden. Denn es ist nun mal so, dass man für beide Aufgaben ein hohes Verantwortlichkeitsgefühl entwickelt, und die Rollen möglichst perfekt ausführen möchte. So kann die unangenehme Empfindung entstehen, weder für das eine noch das andere genügend Zeit zu finden.

Wie könnten Familie und Beruf besser vereinbart werden?

Eine transparente Kommunikation und der notwendige Respekt vor die-

ser Entscheidung bilden die Grundlage, um die Abwesenheit umsichtig zu planen und um die Ärzt*innen bei der Rückkehr wieder optimal in den Berufsalltag einzubauen. Ich habe das Gefühl, dass es intern und extern genügend junge und ambitionierte Ärzte und Ärztinnen gibt, welche die zusätzliche Exposition dankend annehmen würden. Erleichterung könnte auch mit strukturellen Anpassungen erreicht werden, wie zum Beispiel durch Errichtung von Kindertagesstätten am Arbeitsplatz.

Aktuell stellen die Themen Kostendruck und steigende Versicherungsprämien ein grosses Problem dar. Wie wirkt sich dies auf den medizinischen Alltag aus?

Es ist eine Tatsache, dass ein extremer Kostendruck besteht. Gleichzeitig macht das Schweizer Gesundheitswesen einen Wettbewerb möglich und begünstigt Mengenausweitung und damit auch steigende Kosten. Konflikte entstehen insbesondere in Situationen, in denen die unterschiedlichen Berufsgruppen auf Grund ihrer Hintergründe Entscheidungen nicht nachvollziehen können. Es ist daher wichtig, dass die Interessensgruppen in ständigem Austausch stehen und Verständnis für die entgegengesetzten Ansichten entwickeln. Ansonsten besteht die Gefahr, dass der Betrieb ökonomisch seine Ziele verpasst oder umgekehrt, die Qualität der Versorgung unter falsch gesetzten finanziellen Anreizen leidet.

misch seine Ziele verpasst oder umgekehrt, die Qualität der Versorgung unter falsch gesetzten finanziellen Anreizen leidet.

Michael Schwarz



Illustrationen: Fabia Lauper

Aus der Traum?

Die erschütternde Realität über die Arbeitsbedingungen in der Medizin

Die Laufbahn in der Medizin beginnt mit einem Traum. Dem Traum, mit Kittel und Stethoskop durch die Spalkkorridore zu flitzen und mit seinem Wissen Menschen helfen zu können. Mit dem Start des Studiums beginnt dieser Keim der Sehnsucht erst recht Triebe zu schlagen. Alles ist neu. Alles ist aufregend. Man stösst auf gleichgesinnte Menschen, schliesst Freundschaften und gibt sich dem Studentenleben hin. So zeichnet sich der Aufbruch in dieses Abenteuer durch eine Schnelllebigkeit aus, wie man sie ansonsten von den Sommerferien kennt. Ehe man sich versieht, gehören das Chemielabor und der Sezierraum den Erinnerungsfetzen unserer Vergangenheit an, und man findet sich mit Oberärzt*in und fünf Mitstudierenden am Patientenbett einer Klinik wieder. Doch der Weg hat auch steinige Passagen. Die Bibliothek ist zeitweise zum zweiten Zuhause geworden und der Lernplatz vermag Empfindungen

Zurück bleibt die Erkenntnis, dass es im Gesundheitswesen, wie in einem Altmodengeschäft, ganz viel Tolles, aber auch jede Menge an Unfug gibt.

der Vertrautheit auszulösen, welche man ansonsten nur vom eigenen Zimmer kennt. In Hunderten von Stunden hat sich das eigene Wissen von der Benennung einzelner Knochen und Muskeln bis hin zum Verständnis von ganzen Organsystemen ausgeweitet. Krankheiten wurden von theoretischen Beschreibungen zu berührenden Leidensgeschich-

ten. Und die Medizin ist nicht mehr bloss ein fernes Verlangen, sondern ein greifbares Konzept. Doch wie bei der Fassade eines Gebäudes hat die Zeit auch die ersten Risse auf ihr makelloses Bild hinterlassen.

Die reine Weste des Arztberufes wurde bei mir mit den ersten Flecken bekleckert, als der Hausarzt einer Kollegin erschrocken nachfragte, weshalb sie sich dieses Studium antue. Hinzu gesellen sich Erlebnisse wie im Nähpraktikum, als eine Oberärztin gestand, die Woche davor 105 Stunden gearbeitet zu haben. Oder solche wie bei einer Hospitation, als mich die Assistenzärztin nach zwei Stunden vorzeitig nach Hause entliess, weil der Rest der Arbeit am Rechner stattfände. Mit wachsender Anzahl solcher Erfahrungen weicht die eigene Sicherheit einer beklemmenden Ungewissheit, nicht zu ahnen, worauf man sich eingelassen hat. Denn auch wenn man Verwandte in diesem Beruf kennt oder Praktika im Spital absolviert hat - was Medizin wirklich bedeutet, wird einem erst im Lauf des Studiums bewusst. So wird die Maske von ihrem idyllischen Antlitz gerissen, und man sieht sich mit einer Realität konfrontiert, die einen entweder kalt oder heiss werden lässt.

Die NZZ hat sich diesen Winter in einer dreiteiligen Artikelreihe mit der Frage auseinandergesetzt, wie zufrieden Assistenzärzt*innen in ihrem Beruf sind. Die Resultate ihrer Recherchearbeit sind so ernüchternd, wie gestrickte Unterwäsche als Weihnachtsgeschenk. Von den 4500 befragten Assistenzärzt*innen haben bereits 71% einmal aktiv in

Erwägung gezogen, ihren Beruf aufzugeben. 56% der Teilnehmenden haben geäussert, Angst zu haben, in ihrer Tätigkeit auszubrennen. Weitere 18% haben auf Grund der Belastung bereits eine Auszeit nehmen

Das zentrale Problem ist, dass die meisten Ärzte arbeiten, um zu leben, und nicht leben, um zu arbeiten. Diese Gleichung geht nicht auf in einem Job, der einen fünfmal die Woche spät abends und totmüde nach Hause schickt.

müssen oder ein Burnout erlitten. Die Gründe für die Unzufriedenheit sind vielseitig. Ein wesentlicher Faktor ist das Arbeitspensum. Die grosse Mehrheit der Ärzt*innen berichtet, täglich zehn oder mehr Arbeitsstunden zu absolvieren und dabei häufig auf Pausenzeit zu verzichten. So wird die 50 Stundenwoche von den meisten Spitälern so behandelt, als wäre es eine gutgemeinte Empfehlung anstatt eine gesetzliche Vorgabe. Es überrascht nicht, dass es vielen Mediziner*innen schwerfällt, den Spagat zwischen Beruf und Privatleben zu finden und in ihrer begrenzten Freizeit den persönlichen Interessen und Zielen gerecht zu werden. "Wenn ich nach Hause komme, lege ich mich flach ins Bett", erzählte mir eine Assistenzärztin im Gespräch. "Den Samstag brauche ich für die Erholung. Sonntag ist mein einziger freier

Tag." Neben dem zeitlichen Aspekt sorgen auch die Aufgabenverteilung und Ausbildungsförderung für Unmut. Die Jungärzt*innen verbringen viel Zeit mit Schreibarbeit und Organisationsfragen, anstatt in direktem Austausch mit Patient*innen zu stehen. Zudem werden die vier Stunden an geregelter Weiterbildungszeit entweder gar nicht erst angeboten oder sie können auf Grund der Belastung nicht wahrgenommen werden. Die NZZ bilanzierte die momentane Situation anhand des Berufsausstiegs von Julian Krämer in einem nüchternen Ton: "Im Nachhinein kann Krämer nicht mehr genau sagen, wann er es (anm. der Red. Notwendigkeit des Berufsausstiegs) gemerkt hat. Viel-

leicht, als er nach 13 Stunden Arbeit keine Energie mehr hatte, um seine Freunde zu treffen. Vielleicht, als er wieder einmal einen Tag im Büro statt am Patientenbett verbrachte. Vielleicht, als er realisierte, dass alle seine Vorgesetzten geschieden sind."

Die Artikelreihe schlägt ein - und macht einem bewusst: Sich vor diesen Tatsachen zu verschliessen, und im Glauben zu leben, dass diese Probleme einen persönlich nicht betreffen werden, wäre genauso realitätsfern, wie wenn man davon ausgehen würde, dass das Leben aus endlosem Sonnenschein ohne Regenwolken bestehen würde. Trifft man diese Schlussfolgerung, bleibt einem nur

die Möglichkeit, die Probleme anzuerkennen und in ihnen Chancen zur Besserung zu sehen. In einem Minenfeld wie dem Gesundheitswesen müssten sie zumindest zahlreich vorhanden sein. Der naheliegendste Ansatz ist die Beschränkung der Arbeitszeit. Denn das zentrale Problem ist, dass die meisten Ärzt*innen arbeiten, um zu leben, und nicht leben, um zu arbeiten. Diese Gleichung geht nicht auf in einem Job, der einen fünfmal die Woche spät abends und totmüde nach Hause schickt. Was man aus der Einführung der 50 Stundenwoche gelernt hat, ist, dass Regulationen zwar schön und gut sind, aber bei fehlender Umsetzung nicht viel mehr bringen als



Illustrationen: Lynn Jansen

eine Giesskane bei der Löschung eines Grossbrandes. Hier müssen sich die Arbeitnehmer*innen und Arbeitgeber*innen an einen runden Tisch setzen und besprechen, wie es in ihrem Betrieb möglich ist, diese Arbeitszeiten einzuhalten. Denn wie VSAO-Präsidentin Anna Wang im Gespräch richtig betont hat, besteht die Lösung nicht in einseitigem Handeln, sondern in der Kompromissfindung. Mögliche Ansätze wären, durch proaktive Vorbereitung die Effizienz einzelner Tätigkeiten zu erhöhen und durch Streichung überflüssiger Prozesse die anfallende Arbeitslast zu verringern. Schliesslich sollen beide Parteien von diesen Änderungen profitieren.

Hand in Hand mit den Arbeitsbedingungen geht auch die Entschärfung des Bürokratierrors. Auch hier würde sich durch den Gebrauch effizienter Soft- und Hardware viel Zeit und Geld sparen lassen. Denn mit der Zeit, welche Ärzt*innen für das Aufstarten ineffizienter Geräte und Programme verbrauchen, könnte man pro Jahr zwei Wochen in die Ferien fliegen. Auch ein Umdenken in Bezug auf ärztliche Kompetenz würde Abhilfe schaffen. Denn es ist absurd, dass es zu Problemen kommt, wenn nicht ärztliches-Personal Röntgenbilder oder anderweitige Abklärungen organisiert. Des Weiteren ist die Abdelegierung administrativer Arbeit wie das Schreiben von Berichten oder die Ab- und Anmeldung von Patient*innen der nächste logische Schritt. Zuletzt muss man Hoffnung in die Digitalisierung setzen. Denn man würde vor Grauen den Kopf in die Handflächen versinken lassen, wenn man ausrechnen würde, wie viel Zeit und Arbeit durch das Aufsetzen eines zentralen Patientendossiers gespart werden könnte. Es kommt zu häufig vor, dass Ärzt*innen wie die Erstklässler beim Wanderdiktat Satz für Satz von einem ellenlangen Arztbericht abschreiben müssen, nur weil die beiden Spitäler kein kongruentes Datenerfassungssystem benutzen.

Das Problem der unzufriedenstellenden Arbeitsbedingungen kann allerdings nicht auf den Arztberuf an sich geschoben werden. Denn neben der Kritik haben auch mehr als ein Drittel aller befragten Assistenzärzt*innen geäussert, dass sie zufrieden oder eher zufrieden mit ihrer Arbeit sind. Dies führte die Umfrage auf

das gute Arbeitsklima in den Spitälern und die Sinnhaftigkeit der Tätigkeit zurück. Diese Tatsache deckt sich auch mit meinen persönlichen Erfahrungen. In Gesprächen erhält man den Eindruck, dass die meisten Ärzt*innen ihren Beruf mit Herzblut und Freude ausführen. Das Problem besteht im System, von welchem sie durch die hohen Anforderungen und unbefriedigenden Aufgaben zermüht werden. Zurück bleibt die Erkenntnis, dass es im Gesundheitswesen, wie in einem Altmodengeschäft,

Sich vor diesen Tatsachen zu verschliessen, und im Glauben zu leben, dass diese Probleme einen persönlich nicht betreffen werden, wäre genauso realitätsfern, wie wenn man davon ausgehen würde, dass das Leben aus endlosem Sonnenschein ohne Regenwolken bestehen würde.

ganz viel Tolles, aber auch jede Menge an Unfug gibt. Die Aufgabe besteht nun darin, die Arbeitsbedingungen aufzubessern und an einen Punkt zu bringen, an dem der Großteil der Ärzt*innen ihr Versprechen an die Medizin eingehalten sehen.

Persönlich bin ich optimistisch, dass dies gelingen wird. Denn der Ursprung jeder Lösung liegt darin, das Problem überhaupt als solches zu erkennen. Diese Sensibilisierung ist in den letzten Jahren gelungen. Der logische nächste Schritt besteht darin, die einzelnen Puzzlestücke des Gesundheitssystems zu analysieren, sie vom Ballast zu befreien und auf die Ansprüche der Arbeitnehmenden zuzuschneiden. Hoffnung gibt mir das riesige Potential der Digitalisierung und Automatisierung. Denn beide eröffnen die Möglichkeit, in den nächsten Jahren grosse Abhilfe bei den administrativen Aufgaben zu bieten, oder sie gleich ganz zum Verschwinden zu bringen. Aber wie von Zauberhand werden die Besserungen nicht Form annehmen. Man muss es auch als persönliche Aufgabe sehen, für diesen Wandel einzustehen und die nötigen Änderungen voranzutreiben. So wäre es denkbar, den

Traum der Medizin zumindest für die nächste Generation wieder aufleben zu lassen.

Michael Schwarz

Quelle: <https://www.nzz.ch/zuerich/umfrage-mit-assistenzaelzten-buerouuts-und-buerokratie-im-spital-ld.1722170?reduced=true> - 20.07.2023

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

Anstieg des Papierspiegels!

Wie der Meeresspiegel steigt auch die Menge an Papierkram für Ärzte und Ärztinnen stetig an. Wie schlimm ist es, und kann man dagegen etwas unternehmen? Oder ist es, als würde man gegen Papiermühlen kämpfen?

Für uns Studenten und Studentinnen ist es noch nicht wirklich ein Thema, aber wir wurden alle schon vorgewarnt: Mit Medizin kommt Papier. Dokumentation im Patientendossier, Anträge an die Versicherung, ärztliche Atteste, Berichte, Rechnungen stellen, Weiterbildung dokumentieren, Ziner lesen. Und Studien zufolge nimmt die für Bürokratie aufgewendete Zeit immer weiter zu. Hier ein paar Zahlen der FMH:

Mit 34% der Arbeitszeit nimmt die patientennahe Tätigkeit den grössten Teil der Zeit ein. Aber mit durchschnittlich 20% der täglichen Arbeitszeit folgt die Bürokratie schon auf dem zweiten Platz. Im Bereich der Akutsumatik ist der Aufwand für die Bürokratie, die direkt mit dem Patientendossier zu tun hat, von 86 Minuten/Tag im Jahr 2011 auf 119 Minuten/Tag im Jahr 2019 gestiegen. Das entspricht einem Anstieg von über einer halben Stunde pro Tag, ein Anstieg von 38% in 8 Jahren. Erst im Jahr 2022 sanken die Zahlen wieder etwas, auf 111 Minuten/Tag. Dieses leichte Absinken wurde aber leider durch einen Anstieg der verwendeten Zeit für sonstige administrative Tätigkeiten, die nicht direkt mit dem Patienten und Patientinnen zu tun haben, ausgeglichen. Der Aufwand stieg von 27 auf 40 Minuten/Tag. Insgesamt steigt der administrative Aufwand also stetig. Im Bereich der Rehabilitation sieht

es ähnlich aus: Von 82 Minuten/Tag im Jahr 2012 stieg die für das Dokumentieren aufgewendete Zeit auf 118 Minuten/Tag im Jahr 2019, das entspricht einem Anstieg von 44% in 7 Jahren. Während COVID-19 ging die Zeit auf etwa 103 Minuten/Tag zurück und stieg danach wieder auf vor-Corona-Niveau.

Assistenzärzte und -ärztinnen verbringen mit 167 Minuten/Tag im Durchschnitt am meisten Zeit mit Papierkram. Das entspricht 27% ihrer gesamten Arbeitszeit.

Die neuesten Zahlen vom Jahr 2022 geben über alle medizinischen Disziplinen einen Durchschnitt von 125 Minuten/Tag an administrativer Arbeit an.

Mit durchschnittlich 20% der täglichen Arbeitszeit folgt die Bürokratie auf dem zweiten Platz.

Häufig werden der Anstieg der für Dokumentation aufgewendeten Zeit und der allgemeine Mehraufwand für bürokratische Tätigkeit mit der Abnahme der Arbeitszufriedenheit in der Schweiz in Verbindung gebracht. Auch nimmt das Vertrauen in die Organisation Spital unter Ärzten und Ärztinnen immer weiter ab. 2019 gaben nur 40% ein „Trifft sehr/trifft eher zu“ an zur Aussage „Die Zusammenarbeit mit der Spitalverwaltung verlief konstruktiv.“

Der Verband der schweizerischen Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzten (VSAO) setzt sich seit mehreren Jahren gegen diese wachsende Papierlast ein, unter anderem mit dem Projekt «Medizin statt Bürokratie!». Es startete im Jahr 2017 und bestand aus drei Phasen. Alles begann mit einer Broschüre, die sowohl Spitalmanagement als auch Patienten und Patientinnen darauf sensibilisieren sollte, wie das Reduzieren von Bürokratie helfen kann, Kosten zu reduzieren, Patienten- und Arbeitszufriedenheit zu erhöhen und Zeit zu sparen. In der zweiten Phase wurden Pilotprojekte in drei verschiedenen Spitälern gestartet, in denen konkret nach Lösungen zur Reduktion der Bürokratie gesucht wurde. Um auf politischer Ebene Aufmerksamkeit zu erregen, wurde im Bundeshaus eine Präsentation veranstaltet. Im Anschluss, der dritten Phase, wurden die Resultate und Erfahrungen aus den Pilotprojekten zu einem Handbuch zusammengefasst. Es entstand eine Schritt-für-Schritt Anleitung, wie ein Projekt zur Reduktion von Bürokratie in der eigenen Institution erfolgreich durchgeführt werden kann. Vom Sammeln von Daten zur Analyse und Problemfindung bis zur Lösung der gefundenen Probleme.

Konkrete Massnahmen, die in den Spitälern eingeführt wurden, waren zum Beispiel die Erweiterung der Aufgaben des Stationssekretariats im Kantonsspital Aarau, das

Illustration: Lynn Jansen

neu das Schreiben der Berichte für die Ärzteschaft übernimmt, indem es Audioaufnahmen der Visiten transkribiert und die Ärzte und Ärztinnen auf ihrer Visite begleitet. Im Hôpital du Jura übernimmt das Stationssekretariat nun die Aufgabe des Transkribierens und Überprüfens der Berichte und ruft bei Bedarf die entsprechenden Hausärztinnen und -ärzte zur Klärung an. Im Spital Thun gibt es jetzt eine Gruppe namens «Reduce to the max», welche sich speziell mit dem Thema Bürokratiereduktion auseinandersetzt. Eine von ihnen umgesetzte Massnahme ist, dass von extern angeforderte, medizinische Dokumente direkt ans Sekretariat geschickt werden und nicht mehr einen Umweg über den Arzt/die Ärztin machen, die sie dann ans Sekretariat schicken. Im Spital Thun wurde der Prozess vom Schreiben des Berichts über diverse Kontrollen bis zum Freigeben optimiert. Etwas Ähnliches wie die Stationssekretär:innen des Kantonsspitals Aarau wurde im Spital Linth eingeführt. Hier gibt es neu medizinische Stationsassistent:innen, die der Ärzteschaft diverse administrative Aufgaben abnehmen.

Aber es liegt nicht nur an den Spitälern und Praxen, ihre internen Abläufe zu optimieren. Die Krankenkassen und die Politik legen dem Medizinwesen immer mehr Qualitätskontrollen und Restriktionen auf, um die wenigen faulen Eier herauszufiltern, wobei sie allen anderen das Leben immer schwerer machen. Ein Thema, das zum Beispiel immer wieder für Unruhen sorgt, ist, dass die Abrechnungen der Praxen untereinander verglichen werden. Ist eine Praxis mindestens 20% teurer als andere mit vergleichbaren Patienten, kann es vorkommen, dass die Ärzt:innen dazu aufgefordert werden, Geld z.T. in der Höhe mehrerer 100'000 Franken zurückzugeben, weil sie unwirtschaftlich arbeiteten. Politik, Ärzteschaft und Krankenkassen arbeiten daran, das System so weit zu verfeinern, dass es tatsächlich nur noch unwirtschaftliche Praxen herausfiltert, indem sie teure Patient:innen, nötige Hausbesuche und Weiteres miteinberechnen, doch es gibt noch immer Fehler im System und immer wieder ziehen Ärzte und Ärztinnen bis vor Gericht, um ihre Behandlung von Patient:innen zu verteidigen.

Es gibt gewisse medizinische und politisch orientierte Organisationen, wie zum Beispiel den oben erwähnten VSAO, die auf politischer Ebene für weniger Bürokratie kämpfen, leider noch nicht mit durchschlagendem Erfolg. Hoffentlich wird sich das ändern, wenn mehr Leuten bewusst wird, wie viele Ressourcen sich durch weniger Bürokratie einsparen lassen, darunter Zeit, Geld und Nerven.

Anna S. Stöckli

https://www.fmh.ch/files/pdf/7/saez_2020_18482-deutsch.pdf besucht am 25.7.23
<https://www.fmh.ch/files/pdf/27/21133-deumfrage.pdf> besucht am 25.7.23
<https://vsao.ch/dienstleistungen/medizin-statt-buerokratie/> besucht am 25.7.23
<https://www.nzz.ch/schweiz/aerzte-und-krankenkassen-immer-wieder-knallt-es-wegen-kontrollen-ld.1697368> besucht am 6.8.2023



Wie nah? Wie gut? Wie teuer?

Die Schweiz hat pro Kopf nach den USA und Luxemburg die höchsten Gesundheitsausgaben der Welt. Sie werden zum Grossteil durch den Staat und die Versicherungen gedeckt. Die steigenden Krankenkassenprämien sind jedoch zu einem grossen sozialen Problem geworden und gehören zu den wichtigsten politischen Anliegen der Schweizer Bevölkerung. Einige Stimmen fordern einen Systemwechsel weg von gewinnorientierten Versicherungsunternehmen hin zu einem Gesundheitssystem, das hauptsächlich von der öffentlichen Hand finanziert wird. Solche Forderungen mögen berechtigt sein und könnten das Gesundheitssystem sozialer machen. Aktuell wachsen die Gesundheitsausgaben allerdings schneller als die Schweizer Wirtschaft. Langfristig bringen staatliche Investitionen allein daher keine Lösung – es muss auch nach Wegen gesucht werden, die vorhandenen Ressourcen effizienter zu nutzen und damit eine Senkung der Gesundheitsausgaben zu erreichen. Zu diesem Zweck hat das Innendepartement Ende 2016 eine Expertengruppe mit internationaler Beteiligung beauftragt, schnell umsetzbare Massnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu untersuchen. Einer der Vorschläge betrifft die hohe Spitaldichte in der Schweiz, welche durch Etablierung grösserer Spitalistenregionen reduziert werden soll. Welchen Einfluss hat die Spitaldichte tatsächlich auf die Effizienz unseres Gesundheitssystems, und mit welchen Mitteln kann sie gesteuert werden?

Es ist unbestritten, dass die Schweiz im europäischen Vergleich über eine sehr hohe Spitaldichte verfügt, auch wenn sie bei der Anzahl Spitalbetten im Verhältnis zur Einwohnerzahl nahe beim europäischen Durchschnitt liegt. Die Schweiz verfügt also über viele kleine Spitäler mit geringer Bettenzahl. Zum Teil lässt sich dies mit den topographischen Bedingungen begründen: Die Alpen, in denen die Anfahrtswege tendenziell länger sind, nehmen 58% des Schweizer Staatsgebiets ein, beherbergen jedoch nur 11% der Bevölkerung. Um eine ausreichende Gesundheitsversorgung dieser Menschen zu gewährleisten, ist eine hohe Spitaldichte notwendig. Dieser Herausforderung wird das Schweizer Gesundheitssystem zurzeit gerecht: 99.8% der Bevölkerung haben einen Anfahrtsweg von weniger als 30 Minuten zum nächsten Spital, 75% können in dieser Zeit sogar acht verschiedene Spitäler erreichen. Den längsten Anfahrtsweg bis zum nächsten Spital haben mit jeweils 48 Minuten die Bündner Gemeinde Thalkirch im Safiental sowie die Walliser Gemeinde Oberwald im Goms. Die Zahlen legen nahe, dass

eine Verringerung der Spitaldichte in den meisten Regionen der Schweiz zumutbar wäre.

Eine geringere Spitaldichte kann die Effizienz des Gesundheitssystems steigern, da die Qualität medizinischer Behandlungen bei höheren Fallzahlen nachweislich höher ist. Bei hohen Fallzahlen einzelner Erkrankungen kommt es seltener zu Fehlern und wird schneller das optimale Behandlungsverfahren erreicht.

99.8% der Bevölkerung haben einen Anfahrtsweg von weniger als 30 Minuten zum nächsten Spital, 75% können in dieser Zeit sogar acht verschiedene Spitäler erreichen.

geleitet, was die Aufenthaltsdauer verkürzt und die Komplikationsrate reduziert. Zudem können bei einer geringeren Anzahl an Spitälern Kosten im administrativen Bereich und

in der Infrastruktur eingespart werden. Auch wenn sich der Anfahrtsweg zum nächsten Spital für einen Teil der Bevölkerung bei einer geringeren Spitaldichte verlängert, wird die Qualität der medizinischen Versorgung dadurch tendenziell besser. Dies gilt allerdings nur, wenn der Anfahrtsweg sich in einem Ausmass verlängert, der kein medizinisches Risiko darstellt. Ausserdem sollte die wirtschaftliche Bedeutung jedes Spitals für seine Region in Betracht gezogen werden: In Regionen, in denen die Spitäler zu den grössten Arbeitgebern gehören, fördert eine Schliessung die Landflucht. Eine schrumpfende ländliche Bevölkerung führt zu geringeren Fallzahlen in regionalen Spitälern, was wiederum Rufe nach noch weniger Spitälern fördert. Auf diese Weise könnte eine Spitalschliessung einen konstanten Leistungsabbau der medizinischen Versorgung nach sich ziehen. Spitalschliessungen sind daher nur dann sinnvoll, wenn sie weder die medizinische Versorgung noch die Wirtschaft einer Region gefährden.



Illustration: Morgane Lercher

Verantwortlich für die Spitalplanung sind in der Schweiz die Kantone. Sie erteilen den Spitälern Leistungsaufträge. Der kantonale Leistungsauftrag erlaubt es einem Spital, die darin festgelegten medizinischen Leistungen zugunsten des Kantons und der obligatorischen Krankenversicherung abzurechnen. Der Leistungsauftrag muss jährlich erneuert werden und wird in der kantonalen Spitalliste festgehalten. Das Erteilen von Leistungsaufträgen an ausserkantonale Spitäler ist dabei ausdrücklich erlaubt. Die Kantone stehen hier in einem Rollenkonflikt. Eigentlich wären sie dafür verantwortlich, eine Spitalplanung zu erarbeiten, die eine adäquate Versorgung aller Regionen gewährleistet und dennoch wirtschaftlich ist. Offensichtlich möchte jedoch keine Region auf ihr eigenes Spital verzichten. Auf lokaler Ebene engagieren sich Politiker:innen unabhängig von der Parteizugehörigkeit daher generell gegen Spitalschliessungen, da sie ansonsten um ihre Wiederwahl fürchten müssen. Die Schweizer Spitalplanung erfolgt im europäischen Vergleich deshalb äusserst kleinräumig und meist nur mit Blick auf die eigenen Kantonsgrenzen, obwohl ausserkantonale Spitäler in an-

gemessener Zeit erreichbar wären.

Mit der Einführung der Diagnosis Related Groups (DRG) im Jahr 2012 wurde ein erster Lösungsvorschlag für dieses Problem umgesetzt. Im DRG-System werden Patient:innen anhand ihrer Diagnose einer DRG zugeteilt, die mit einem Kostengewicht verbunden ist. Der Preis einer medizinischen Leistung entspricht dem Produkt aus dem Kostengewicht der DRG und dem Basisfallwert des Spitals. Letzteren muss jedes Spital einzeln mit den Krankenversicherungen aushandeln. Vom resultierenden Preis zahlen die Kantone 55% und die Versicherungen 45%. Kosten für Geräte, Material und Medikamente sind in diesen Pauschalen enthalten und können nicht zusätzlich geltend gemacht werden. Seit der Einführung des DRG-Systems ist es den Kantonen nicht mehr erlaubt, den Spitälern Direktsubventionen zukommen zu lassen. Trotzdem bleiben ihnen einige Möglichkeiten, ihre Spitäler über den Leistungsauftrag hinaus zu unterstützen, zum Beispiel durch die Bereitstellung von Infrastruktur zu tiefen Mietpreisen oder die Festlegung überhöhter Basisfallwerte. Können sich Versicherungen und Spitäler nämlich nicht auf den

Basisfallwert einigen, wird dieser von der Kantonsregierung bestimmt, und diese entscheidet aufgrund ihres Rollenkonflikts meist zugunsten der Spitäler. Die Versicherungen können diese Entscheidung vor dem Bundesverwaltungsgericht anfechten. Die DRG-Fallpauschalen wurden dazu eingeführt, Transparenz und Vergleichbarkeit im Gesundheitssystem zu schaffen und eine leistungsgerechte Vergütung zu gewährleisten. Diese drei Elemente bilden die erste Voraussetzung für eine effiziente Spitalplanung.

Das DRG-System bringt Spitäler mit tiefen Fallzahlen in finanzielle Bedrängnis. Um die Betriebskosten zu senken, haben sich einige von ihnen zu grösseren Gruppen zusammengeschlossen. Dies ermöglicht Einsparungen im administrativen Bereich oder bei der Ausbildung neuer Fachkräfte. Ausserdem tragen solche Gruppen zur Vernetzung der Spitäler innerhalb einer Region bei und erleichtern damit zum Beispiel Verlegungen. Dies kann als Erfolg des DRG-Systems gewertet werden. Zu einer Verbesserung der Qualität der Behandlungen und einer wesentlichen Senkung der Gesundheitsausgaben tragen diese Fusionen jedoch

nur dann bei, wenn spezifische Behandlungen an einzelnen Standorten innerhalb einer Gruppe konzentriert werden. So erreicht ein Spital bei bestimmten Behandlungen höhere Fallzahlen, während für andere Behandlungen die Verlegung an ein anderes Spital mit entsprechendem Fokus erfolgt. Dies liegt jedoch oft nicht im Interesse kleiner Spitäler, die ein möglichst breites Angebot an Behandlungen aufrechterhalten möchten, um eine hohe Auslastung zu erreichen. Als Korrektivmassnahme haben einige Kantone deshalb Mindestfallzahlen pro Standort eingeführt. Werden die Mindestfallzahlen nicht erreicht, verliert das Spital im Folgejahr den Leistungsauftrag für das entsprechende Angebot.

Aus verschiedenen Gründen steht das DRG-System zurecht in der Kritik. Was die Spitaldichte betrifft, so dürfte diese durch die Fallpauschalen abnehmen. Allerdings geschieht dies nicht auf eine Weise, welche den einzelnen Regionen gerecht wird. Das DRG-System verschärft vor allem den Wettbewerb, und bewirkt, dass Spitäler mit niedrigen Fallzahlen aus finanziellen Gründen schliessen müssen. Es zieht jedoch

«Eine regionale Spitalplanung mit grösseren Spitallisten-Regionen hat zum Ziel, die Konzentration des Angebots an stationären Leistungen zu erhöhen und Doppelspurigkeiten zwischen den einzelnen Kantonen zu beseitigen.»

die soziale oder wirtschaftliche Bedeutung einzelner Spitäler für ihre Region nicht in Betracht. So kann es dazu kommen, dass ein Spital in einer abgelegenen, dünn besiedelten Region geschlossen werden muss, während Spitäler in dicht besiedelten Gebieten fortbestehen, obwohl sie für die Versorgung der Region nicht wesentlich sind. Sinnvoller wäre ein System, welches den Rollenkonflikt der Kantonsregierungen umgeht und eine Spitalplanung nach klaren Kriterien vorsieht. So schlägt die Expertengruppe des Innendepartements vor, die Schweiz in mehrere Spital-

listenregionen einzuteilen:

«Eine regionale Spitalplanung mit grösseren Spitallisten-Regionen hat zum Ziel, die Konzentration des Angebots an stationären Leistungen zu erhöhen und Doppelspurigkeiten zwischen den einzelnen Kantonen zu beseitigen.» Unter dem Namen «Spitalversorgung Modell Ost» haben sich die Kantone St. Gallen sowie Appenzell Inner- und Ausserrhodon zu einer solchen Region zusammengeschlossen und machen ab 2024 die Spitalplanung gemeinsam. Anfangs nahmen auch die Kantone Thurgau, Glarus und Graubünden an dem Projekt teil. Der Kanton Graubünden stieg als Erstes aus, da er sich mit der Einführung von Mindestfallzahlen nicht einverstanden erklärte. Graubünden hat mit 6.6 Spitälern pro 100'000 Einwohner:innen die höchste Spitaldichte der Schweiz. Dies ist weitgehend auf seine besondere Topographie zurückzuführen – anders als in den meisten Bergkantonen sind die Bündner Täler stark verzweigt und laufen nicht in einem Haupttal zusammen, welches von allen Gemeinden aus schnell zu erreichen ist. Der Kanton ist deshalb auf eine Anzahl kleinerer Spitäler angewiesen. Nach Graubünden stiegen auch die Kantone Glarus und Thurgau aus dem Projekt aus. Das Beispiel zeigt auf, weshalb es schwierig ist, auf die Eigeninitiative der Kantone zu hoffen, sich zu grösseren Spitallisten-Regionen zusammenzuschliessen. Die meisten Kantone würden wohl nur an solchen Projekten teilnehmen, von denen sie keine unerwünschten Spitalschliessungen fürchten müssen. Es braucht eine bundesweite Regelung.

zu erhöhen und Doppelspurigkeiten zwischen den einzelnen Kantonen zu beseitigen.» Unter dem Namen «Spitalversorgung Modell Ost» haben sich die Kantone St. Gallen sowie Appenzell Inner- und Ausserrhodon zu einer solchen Region zusammengeschlossen und machen ab 2024 die Spitalplanung gemeinsam. Anfangs nahmen auch die Kantone Thurgau, Glarus und Graubünden an dem Projekt teil. Der Kanton Graubünden stieg als Erstes aus, da er sich mit der Einführung von Mindestfallzahlen nicht einverstanden erklärte. Graubünden hat mit 6.6 Spitälern pro 100'000 Einwohner:innen die höchste Spitaldichte der Schweiz. Dies ist weitgehend auf seine besondere Topographie zurückzuführen – anders als in den meisten Bergkantonen sind die Bündner Täler stark verzweigt und laufen nicht in einem Haupttal zusammen, welches von allen Gemeinden aus schnell zu erreichen ist. Der Kanton ist deshalb auf eine Anzahl kleinerer Spitäler angewiesen. Nach Graubünden stiegen auch die Kantone Glarus und Thurgau aus dem Projekt aus. Das Beispiel zeigt auf, weshalb es schwierig ist, auf die Eigeninitiative der Kantone zu hoffen, sich zu grösseren Spitallisten-Regionen zusammenzuschliessen. Die meisten Kantone würden wohl nur an solchen Projekten teilnehmen, von denen sie keine unerwünschten Spitalschliessungen fürchten müssen. Es braucht eine bundesweite Regelung.

Die Spitaldichte in der Schweiz ist sehr hoch und eine Verringerung ist den meisten Regionen gut zuzumuten. Sie bietet einen Weg, Kosten im Gesundheitswesen einzusparen, ohne einen Qualitätsverlust der medizinischen Versorgung in Kauf zu

nehmen. Die Spitalplanung erfolgt heute kantonale und im internationalen Vergleich sehr kleinräumig. Sinnvoller wäre eine Planung in grösseren Spitallisten-Regionen, welche den Rollenkonflikt der Kantonsregierungen umgehen würde. Die Einführung der DRG-Fallpauschalen hat gezeigt, dass bundesweite Massnahmen zur Regulierung der medizinischen Versorgung möglich sind. Eine bundesweite Regelung zur Einteilung der Schweiz in grössere Spitallistenregionen könnte ein Schlüssel zur effizienteren Nutzung unserer Ressourcen sein, um dem Anstieg der Gesundheitsausgaben entgegenzuwirken.

Simon Christiaanse

Quellenangabe:

V. Diener et al.: Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Bericht der Expertengruppe: Schweiz, 2017.
Cosandey, Jérôme: Spitalwandel gestalten statt erleiden, in: IHKfacts – Das Wirtschaftsmagazin 1/2020, S. 22 – 23.
Kanton St. Gallen: „Spitalversorgung Modell Ost“ - Appenzell Ausserrhodon, Appenzell Innerrhodon und St. Gallen spannen zusammen, in: Portal Kanton St. Gallen, 17.04.2023. < https://www.sg.ch/news/sgch_allgemein/2023/04/-spitalversorgung-modell-ost---appenzell-ausserrhodon--appenzel.html> [Stand 05.08.2023].

Warum Medizin? Dr. med. Anna Wang

Ich wusste schon früh, dass ich nach der Matura ein naturwissenschaftliches Fach studieren möchte. Zu Beginn war ich mir nicht sicher, ob mir der Patientenkontakt gefällt und hätte mir auch eine Tätigkeit in der Forschung vorstellen können. Der Sezierkurs und die chirurgischen Rotationen während meiner beiden Wahlstudienjahre haben mir aber gezeigt, dass die Chirurgie der Bereich ist, welcher mich begeistert und zu mir passt.

Das Schöne an der Medizin ist, dass dieser Hintergrund einem so viele Türen öffnet. Die Möglichkeiten sind beinahe grenzenlos und erstrecken sich von Klink über Forschung bis hin zu politischem Engagement. So habe ich zum Beispiel während meines Wahlstudienjahrs einen spannenden Einblick bei der WHO erhalten dürfen. Hinzu kommt, dass es einfach ein wunderbares Gefühl ist, anderen Menschen helfen zu können. In diesem Beruf hat man das Privileg, den Sinn seiner Arbeit tagtäglich vor die Augen geführt zu bekommen.



Die passende Versicherung? Kein Problem!

Du zählst ohne Problem die lateinischen Namen der 206 Knochen eines menschlichen Skeletts auf, beherrscht den richtigen Umgang mit Angehörigen im Schlaf und meisterst die Schritte der OP-Vorbereitung aus dem Effeff. Wenn es aber ums Thema Versicherung geht, verstehst du nur Bahnhof?

Überhaupt kein Problem – wir haben die Lösung:

Du bist der Profi, wenn's um medizinische Versorgung geht. Wir sind die Profis, wenn's um die richtige Versicherung geht.



Erfahre mehr unter
saekk.ch

Wir engagieren uns
seit 125 Jahren
für das Wohl von
Mediziner*innen und
ihren Familien!



Ist die Reserve aufgebraucht?

- Drugs of last resort

Was Antibiotika mit Pferdesättel verbindet, wie wir letztere einsetzen und was dies für die Zukunft von Medizin und Menschen bedeuten könnte. Eine kurze Geschichte der Antibiotika.

Dreissig Jahre bevor Alexander Fleming das Penicillin „offiziell“ entdeckte, befasste sich der französische Militärarzt Ernest Duchesne mit den Wirkungen bestimmter Schimmelpilzarten auf Bakterien. Im Militärhospital hatte er beobachtet, dass arabische Stallknechte die Pferdesättel in einem dunklen, feuchten Raum lagerten, obwohl die Sättel dort verschimmelten. Auf die Frage, wozu das gut sein solle, erklärten die Stallburschen, dass sich dadurch die Wunden, die sich die Reiter durch das Scheuern der Sattel zuzogen, weniger entzündeten und besser heilen würden.

Dies weckte die medizinische Neugier von Duchesne, so dass er mit dem Pilz zu forschen und experimentieren begann. Bereits 1896 konnte er in einem Versuch an Meerschweinchen zeigen, dass die Injektion einer aus Schimmelpilzkulturen gewonnenen Lösung die Tiere heilen konnte.

Doch der Arbeit, den Experimenten und den Erkenntnissen des jungen, unbekannten Arztes wurde keinerlei Beachtung geschenkt.

Erst als Alexander Fleming über dreissig Jahre später 1928 an einer wegen Nachlässigkeit verdorbenen, verschimmelten Staphylokokkenkultur zufällig auf die antimikrobielle Wirkung des Schimmelpilzes stiess und seine Beobachtung und die daraus gewonnenen Erkenntnisse publizierte, wurde das Interesse der Ärzteschaft geweckt.

Fleming isolierte die antibakterielle Substanz und nannte sie Penicillin, ein Name, der heute wahrscheinlich von vielen als Synonym für Antibiotikum benutzt wird.

Es blieb nicht nur beim Penicillin.

Schnell wurde sichtbar, wie erfolgreich Penicillin viele Wund- und andere Infektionen heilen und Leben retten konnte. So stieg die Nachfrage und damit einhergehend die Forschung nach weiteren Substanzen, die Patient:innen halfen, wenn Penicillin versagte, rasch an. Man entdeckte viele weitere antibakteriell wirksame Substanzen, isolierte sie und brachte sie auf den Markt. Die Entwicklung neuer Antibiotika lohnte sich auch aus finanzieller Sicht.

Keine andere Medikamentengruppe wird heute so oft eingesetzt wie Antibiotika. Sie haben die Medizin revolutioniert, indem sie die Behandelbarkeit bakterieller Infektionen (wie beispielsweise Tuberkulose), welche früher ein Drittel aller Todesursachen ausmachten, verbessert oder überhaupt ermöglicht haben.

Doch der häufige und breite Einsatz der Antibiotika in der Human- und Veterinärmedizin (und der Tiermast) bringt Probleme mit sich.

Nach dem Prinzip alles Lebens „Variation und Selektion“ begannen die Bakterien sich an das Vorhandensein von Antibiotika anzupassen. Je mehr Antibiotika eingesetzt wurden, desto mehr entwickelten die Bakterien Resistenzen. Da dadurch bakterielle Infektionen schwerer zu therapieren wurden, wurde zu mehr Antibiotika gegriffen und dadurch wiederum die Entstehung von Resistenzen gefördert.

Um aus diesem Circulus vitiosus auszubrechen, legte man sogenannte Reserveantibiotika fest.

Durch strenge Indikationsstellung soll der Einsatz dieser Antibiotika zurückhaltend und kontrolliert erfolgen, um der Entwicklung von Resistenzen entgegenzuwirken.

Reserveantibiotika sollten somit nie Therapien der ersten oder zweiten Wahl sein, sondern nur bei schweren bakteriellen Infektionen mit multi-resistenten Keimen verschrieben werden.

Aber Theorie ist nicht Praxis. Tatsächlich werden insbesondere im ambulanten Bereich oft schnell und ungezielt Antibiotika verschrieben. Daten aus Deutschland belegen, dass dabei in etwa einem Drittel aller Antibiotikaverordnungen zu einem Reserveantibiotikum gegriffen wird.

Dadurch verringert die zunehmende Resistenzbildung unsere Reserve allmählich, gleichzeitig lässt auch der Zuwachs an neuen antibakteriellen Wirkstoffen zu wünschen übrig. Zumal den Pharmafirmen der monetäre Anreiz zur Entwicklung neuer Antibiotika fehlt. Denn welcher wirtschaftliche Wert hat ein Medikament, das teuer in der Entwicklung, aber nur in einem eng definierten Rahmen und möglichst selten einsetzbar ist?

Eine Erkältung? Da hilft Antibiotika. Wenigstens ein bisschen und vorläufig noch.

Leandra Frey

Illustration: Lilian Lotzer



The Million Dollar Lie

Ich glaube nicht an die Wissenschaft. Keine Einzelmeinung und kein neues Phänomen. Die Geschichte der Impfgegnerschaft ist wohl so lang wie die Geschichte der Impfungen selbst. Doch war es ausgerechnet ein Arzt, der diesem Strom eine neue Dynamik verschaffte.

Im Jahre 1998 wurde im Lancet die sogenannte Wakefield study publiziert, welche einen Zusammenhang zwischen Impfungen und Autismus herstellte. Die Studie fand bei zwölf Kindern mit Autismus in Darmbiopsien ein chronisches Entzündungsinfiltrat. Dieses wurde von den Autoren als Ursache der Entwicklungsstörung identifiziert. Sie postulierten, dass durch die Entzündung ein noch unbekanntes Protein vermehrt ins Hirn gelange und so zur Entstehung von Autismus führe. Ausserdem stellten sie fest, dass alle diese Kinder erst kürzlich die MMR-Impfung erhalten hatten und führten die Darmentzündung darauf zurück. Dementsprechend lautete das Fazit der Studie, dass die MMR-Impfung durch eine chronische Entzündung im Darm und in der Folge durch Migration eines noch unentdeckten Proteins ins Gehirn zur Entwicklung von Autismus führe.

Die Behauptung, man würde gesunde Kinder durchs Impfen langfristig krank machen, sorgte für viel Aufruhr, nicht nur in der Medizinerschaft, sondern auch in der breiten Bevölkerung. Besonders Eltern autistischer Kinder, die lange nach einer Erklärung für die Krankheit ihrer Liebsten gesucht hatten, glaubten, eine Ursache und einen Schuldigen gefunden zu haben.

In der Folge wurde durch weitere Studien der postulierte Zusammenhang von MMR-Impfung und Autismus untersucht. Obwohl die Inzidenz von Autismus stark gestie-

gen war, beobachteten drei Studien von 6 bis 15 Jahren Dauer, dass die Anzahl MMR-Impfungen konstant geblieben war oder gar leicht abgenommen hatte, was der Kausalität grundsätzlich widerspricht.

Eine Studie an 473 autistischen Kindern untersuchte den Zusammenhang zwischen MMR-Impfung und Darmentzündung und konnte keinen Zusammenhang feststellen. Eine weitere Studie versuchte - ebenfalls erfolglos - bei 262 Kindern mit Autismus das postulierte, mysteriöse Protein zu identifizieren, welches angeblich zwischen Darm und Gehirn migriere. Die letzten drei Studien prüften schliesslich, ob vielleicht durch einen anderen Mechanismus als die Darm-Hirn-Hypothese ein Zusammenhang zwischen Impfung und Autismus bestehen könnte. Sie untersuchten dafür an 71, 309 und in der grössten Studie an 624 autistischen Kindern, ob eine Korrelation zwischen Entwicklung der autistischen Symptome, der Diagnosestellung und dem Zeitpunkt der MMR-Impfung feststellbar war. Es zeigte sich keine Korrelation. Schliesslich begleitete eine letzte Studie 1'800'000 Kinder nach MMR-Impfung und stellte fest, dass keines der Kinder Autismus entwickelte.

Die Wakefield study hatte damals 12 Kinder untersucht, die Patienten-

kohorten der darauf anknüpfenden Studien lagen hingegen im drei- bis sogar sechsstelligen Bereich und alle negierten einen möglichen Zusammenhang von Impfung und Autismus. Im Jahre 2004 zogen sich 10 der ursprünglich 13 Autoren aus der Wakefield study zurück.

Dies weckte das Interesse eines renommierten Ermittlers namens Brian Deer. Er war der erste in dieser ganzen Debatte, der tatsächlich auf einen Zusammenhang stiess, jedoch nicht auf den von den Studienautoren postulierten.

Er deckte auf, dass Wakefield 1996, zwei Jahre vor Publikation der Studie, von einer Gruppe Anwälte, die die MMR-Impfung produzierenden Unternehmen verklagen wollten, mehrere Tausend Pounds für die Durchführung seiner Studie erhalten hatte. Dieses Geld floss direkt in die Taschen des Arztes und wurde im Studienprotokoll nirgends erwähnt. Zudem meldete Wakefield 1997 ein Patent für eine neue MMR-Impfung an, die die durch seine Studie diskreditierte Impfung hätte ersetzen sollen und Wakefield einen grossen Profit ermöglicht hätte.

Der gefundene Zusammenhang bestand also nicht zwischen Impfung und Autismus, sondern zwischen Impfung und Wakefield. Und als Anlass der Studie nicht Sorge um das

Patienten-, sondern um das Eigenwohl.

Darf dieser Arzt, der wiederholt und in grossem Stil wider die Prinzipien der Medizinethik gehandelt hat, weiterhin seinen Beruf ausüben? Dieser Frage nahm sich von 2007 – 2010 der General Medical Council, eine Gruppe aus Ärzt:innen und Zivilpersonen, an, und analysierte Vorwürfe an Wakefield für sein unethisches Handeln. Man konnte nachweisen, dass er die 12 Studienpa-

tient:innen nicht zufällig gewählt hatte, sondern dass sie ihm von den Anwälten, die ihn finanziell begünstigt hatten, vermittelt worden waren und dass es sich um Kinder handelte, deren Eltern interessiert waren, die Produzenten der MMR-Impfung zu verklagen. Auch führte er drei nicht indizierte Lumbalpunktionen durch, womit er die Patient:innen einem unnötigen Risiko aussetzte. Zu guter Letzt war Wakefield nicht Pädiater, sondern Chirurg und somit für keine der Untersuchungen und Interventionen qualifiziert. Auf Basis dieser Befunde wurde Wakefield schliesslich das Recht zur praktischen Ausübung des Arztberufes entzogen und seine Studie aus dem Lancet Journal gelöscht.

Hätte man ihm dieses Recht nicht zu diesem Zeitpunkt entzogen, so wäre dies wohl spätestens ein Jahr später geschehen, als man feststellte, dass die von Wakefield beschriebenen Befunde der Darmbiopsien nicht mit den Pathologieberichten übereinstimmten. Viele der untersuchten Kinder hatten völlig unauffällige Darmbefunde, und auch der Zeitpunkt des Auftretens von Symptomen hatte Wakefield so modifiziert, dass es zu seinen Behauptungen passte.

Die ganzen Schlussfolgerungen der Studie hatten somit nie eine substantielle Grundlage gehabt und basierten allein auf den mutmasslich monetär motivierten Falschangaben durch Wakefield.

Trotz dieser offensichtlichen Lügen gibt es noch heute viele Leute, die in den Aussagen Wakefields eine Wahrheit zu erkennen glauben, die

sonst kein Arzt und keine Ärztin zu geben will. Sie feiern Wakefield als mutigen, aufrichtigen Mann, dem das Wohl der Kinder und Familien am Herzen liege und berufen sich auf seine Texte fast schon, als handle es sich um biblische Wahrheiten. Die Tatsache, dass ihm sein ärzt-

Der gefundene Zusammenhang bestand also nicht zwischen Impfung und Autismus, sondern zwischen Impfung und Wakefield.

liches Berufsrecht entzogen wurde, scheint den Glauben an seine Person und seine Worte nicht zu schmälern. Wakefield nährt das Misstrauen und die Skepsis der Medizinerschaft gegenüber noch heute sehr erfolgreich mit Filmen, Büchern und öffentlichen Auftritten. Mit seinen Vorträgen stiess er insbesondere in den USA auf offene Ohren und erlangte in breiten Kreisen grosse Bekanntheit und Ansehen. Sein Einfluss reichte so weit, dass Donald Trump ihn 2016 während seines Wahlkampfs als Redner auftreten liess. Nicht ganz überraschend, vertritt Trump ebenfalls die Thesen von Wakefield und twitterte 2014: „Healthy young child goes to doc-

tor, gets pumped with massive shot of many vaccines, doesn't feel good and changes – AUTISM, Many such cases!“

In Zeiten von Social media hat jede und jeder eine Plattform, seine Meinung kundzutun. Dies ist im Sinne der Meinungsfreiheit zu begrüssen, kann aber dazu führen, dass man sich nur mit seinem Standpunkt auseinandersetzt und sich online in einer Bubble von Gleichdenkenden wiederfindet, in der Glauben zu Wissen und unumstösslichen Überzeugung mutiert.

Leandra Frey

Illustrationen: Lilian Lotzer, Fotografie: Jan Han





Traumjob: Zahnärztin?

Über Lebenswege, Kindheitsträume
und das Zahnmedizinstudium

Wenn ich gefragt werde, wie ich mich für meinen gewählten Studiengang entschieden habe, fällt mir als Erstes folgendes ein: Am Tag, als wir mit unserer Gymi-Klasse in der Berufsberatung waren, begann ich eine Broschüre mit unzähligen Studiengängen von hinten zu lesen, startete bei Z und stiess auf Zahnmedizin. Weshalb ich mich schlussendlich für dieses Studium eingeschrieben habe und nicht für ein anderes, hatte jedoch noch ein paar weitere Gründe. Die Wahl eines Berufes oder eines Studienganges ist für viele keine einfache Angelegenheit. Wie kann man sich auch vorstellen, die nächsten vierzig Jahre auf einem Fachgebiet zu arbeiten, das man kaum kennt. Dennoch muss man sich schlussendlich dazu entscheiden, einem Karriereweg nachzugehen. Manche legen sich nach dem Ausschlussverfahren fest, andere bestimmen nach dem besten Lohn und weitere verfolgen einen Traum, der ihnen schon seit ihrer Kindheit vorschwebt. Letztere Leute erstaunen mich. Denn es war mir nicht immer schon klar, dass es meine Zukunft sein könnte, Zahnärztin zu werden. Idealvorstellungen von meinem Erwachsenenleben als Tänzerin, Autorin oder Tierschützerin hatte ich schon. Doch ob aus Realismus oder aus Neugierde, was es sonst noch zu entdecken gibt, habe ich mich dage-

gen entschieden, meinen Kindheitsträumen nachzugehen. Fürs Erste auf jeden Fall.

Doch war das eine erwachsene Entscheidung oder lediglich eine ängstliche? Wer weiss, ob ich in einem Gebiet, das völlig aus Idealismus und Wunschvorstellungen gewählt wäre, nicht so aufblühen würde, dass ich Unschlagbares erreichen könnte. Alle erfolgreichen Auserwählten, die ihr Fachgebiet entgegen allen Widerständen wählten, verfolgen einen Traum, der sie durch ihr Handeln, ihre Mitmenschen und ihr Glück genau dorthin teleportiert, wo sie immer sein wollten.

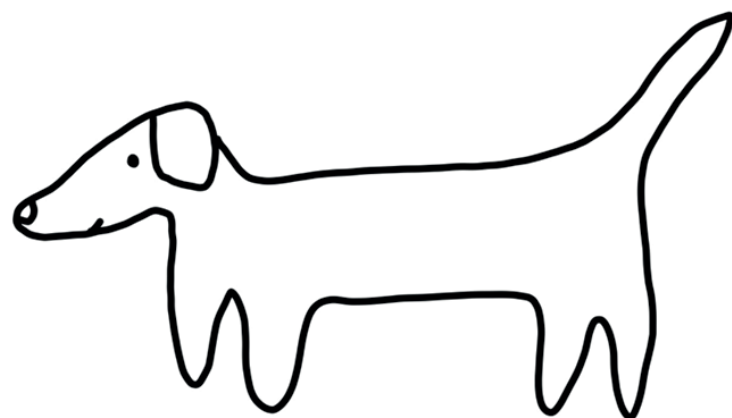
Wer sagt, dass sich nicht auch mir eine solche Chance bieten würde. Meinen Traum zu leben und nie wirklich arbeiten zu müssen. Da ich täglich Dinge machen würde, für die ich mir momentan Zeit nehmen muss. Ob diese Dinge mir dann wohl immer noch gefallen würden, wenn ich daneben nichts anderes machen würde, ist eine andere Frage. Ausserdem könnten sich meine Vorstellungen vom Traumjob genauso gut als unrealistisch zeigen und mich mittellos und unausgebildet zurücklassen. Deshalb bietet es sich mir, als jemandem, der seine Sicherheit und Freiheit wertschätzt, an, beispielsweise eine Erstausbildung in Form eines Zahnmedizinstudiums zu absolvieren. Die Chance, dass ich auf

dem Beruf hängen bleibe, und meinen utopischen Träumen und Vorsätzen nie nachkommen werde, besteht. Und sei es nur, weil mir die Arbeit in der Zahnmedizin so gut gefällt.

Ein gewisses Privileg schwingt in solch einer Art Entscheidungsfindung natürlich mit, denn global gesehen wird für viele Leute die Wahl ihres Lebenswegs vollkommen oder vermehrt von äusseren Einflüssen bestimmt. Wobei jegliche Möglichkeit, überhaupt zu wählen, ausbleibt. Daher schätze ich es sehr, meine Ausbildung und die damit verbundenen universitären Kurse absolvieren zu können, täglich neues Wissen dazuzulernen und neue Leute zu treffen. Dennoch mache ich mir manchmal Gedanken über meinen Lebensweg und all die dargebotenen Möglichkeiten, Erfüllung und Lebensziele zu verfolgen, die sich mir bieten würden, hätte ich ein anderes Fachgebiet verfolgt. Es ist beängstigend, sich vorzustellen, dass man nicht allen Lebenswegen nachgehen kann, die man sich vorstellen mag, weil man eben doch nur einmal lebt. Ich denke aber, dass ich, unter anderem in meinem Beruf, viel Positives bewirken können, und das ist mir wichtiger als die meisten Dinge. Wir alle bestimmen Teile unseres Schicksals mit, mit jeder Entscheidung, die wir treffen. Also liegt es in meinen Händen, ob ich vierzig Jahre lang Zahnärztin bleiben werde. Oder im richtigen Moment all meinen Mut zusammennehme, mich gegen alles Vorhergekommene stelle und für eine Zeit lang meinen Wunschvorstellungen nachgehe. Um zu sehen, was mich denn nun glücklicher macht.

Amelie Erlinger

Illustration: Amelie Erlinger



Ame



In guter Gesellschaft Gemeinsame Interessen – individuelle Lösungen

Kompetitive Versicherungsprodukte für Ärztinnen und Ärzte

- ✓ Attraktive Prämien dank Kollektivverträgen
- ✓ Neutrale und kostenlose Beratung und Betreuung
- ✓ Ihr Partner vom Studienabschluss bis zur Pensionierung

Wie sieht Ihre
Versicherungssituation aus?

INTERESSENVERBAND
FÜR ÄRZTE UND ANDERE AKADEMISCHE BERUFE

Löwenstrasse 25
8001 Zürich

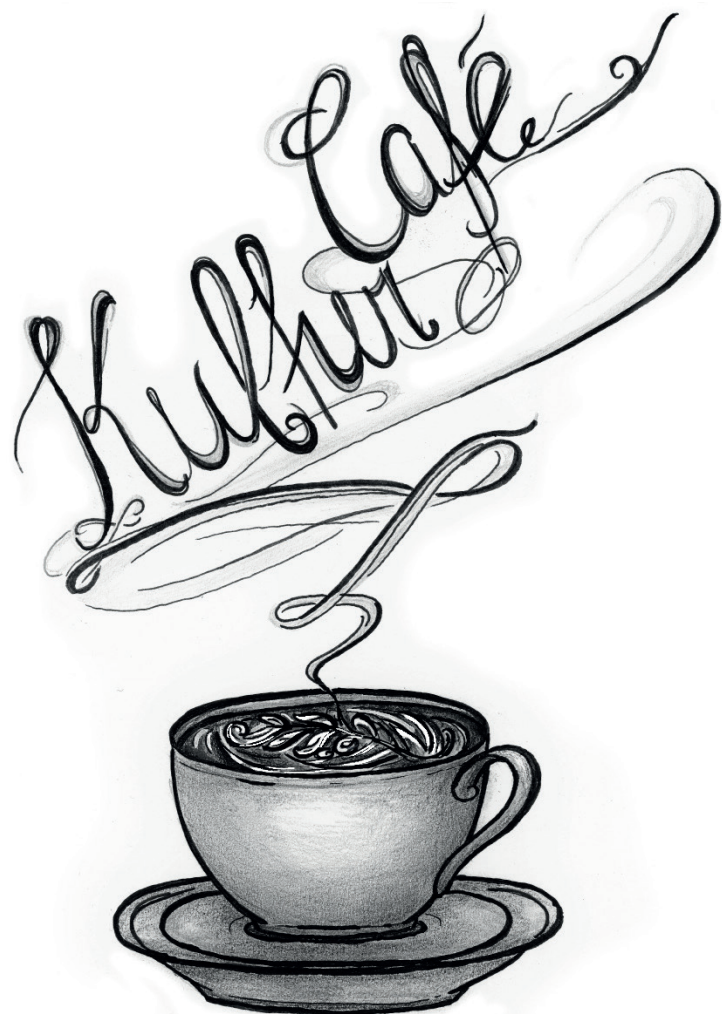
T +41 44 213 20 60
F +41 44 213 20 70

www.interessenverband.ch
info@interessenverband.ch



f /interessenverband.ch

Von LitRPG, Heilen und einer (zum Glück) langen Buchreihe



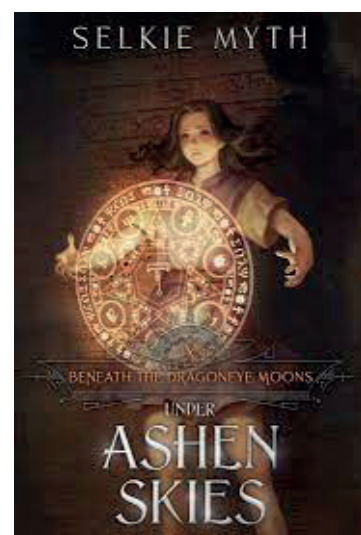
Wer von euch hat schon vom Genre LitRPG gehört? Ausgeschrieben wäre das «Literary Role Playing Game». Das definierende Kriterium ist, dass die im Buch erschaffene Welt gewisse Charakteristiken eines Videospiele hat. Zum Beispiel, dass man sich hochleveln kann, dass Monster sich in Rauch auflösen und nur ihre verwertbaren Überreste zurücklassen oder dass Gesundheit, Kraft und Ausdauer als Statusleiste am Rand des Blickfelds eingeblendet werden. Eine Serie dieses Genres hat mich besonders fasziniert: Beneath the Dragon Eye Moons. Die Serie wird noch immer fortgesetzt und hat zum Zeitpunkt der Entstehung dieses Textes 10 Bände. Die englische Serie dreht sich um Elaine, die auf der Erde geboren wurde und mit 20 Jahren starb. Ihre Seele ging auf dem Weg ins Jenseits verloren und wurde

von einem Gott gefunden, der ihr die Möglichkeit gab, ohne Verlust ihrer Erinnerungen in einer anderen Welt reinkarniert zu werden. Damit beginnen ihre Abenteuer in Pallos, einer Welt, in der man mit acht Jahren Zugang zum System bekommt, das einen eine Klasse auswählen lässt. Elaine entscheidet sich für Heilerin. Von da an bahnt sie sich ihren eigenen Weg in einer Gesellschaft, für die Frauen hinter den Herd gehören. Sie schliesst sich einem Team von Abenteurern an, levelt ihre Heilkünste hoch, lüftet das Geheimnis um die Dragon Eye Moons, wird zu einer Beschützerin der Menschheit, begründet die moderne Medizin in Pallos, verliebt sich und erlebt noch vieles mehr. Für Medizinstudent:innen besonders spannend ist ein Kapitel im Band 8, in dem Elaine Biomancy erlernt und sich selbst einen

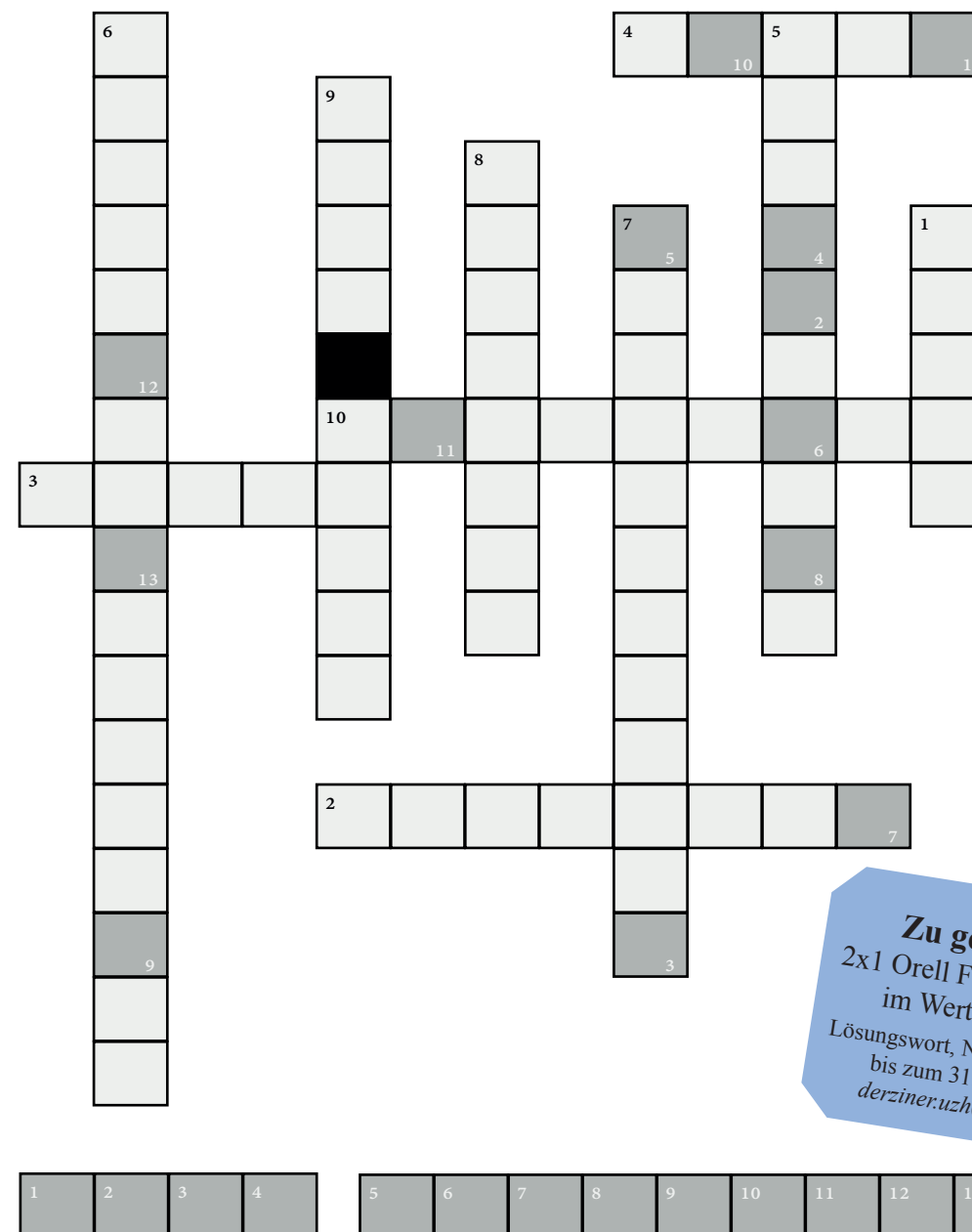
schnelleren, stärkeren, besseren Körper erschafft, indem sie Organe anderer Spezies einbaut. Der oder die Autor:in, Selkie Myth, geht auf einzelne Organe und ihre Funktion so genau ein, dass entweder sehr viel Recherche hineingeflossen ist oder der/die Schreibende zu einem gewissen Masse einen medizinischen Hintergrund haben muss. Der Aufwand ist in jedem Fall beeindruckend. Auch, dass die Spannung über alle Bände hinweg aufrechterhalten wird und sich kein Thema wiederholt, spricht für das Können der Person, die das Buch geschrieben hat. Wer also gerne Mal Fantasy mit klassischem Game Play, grossem literarischem Können und einer weltweiten Fanbasis lesen möchte, hat mit dieser Serie auf jeden Fall einen Volltreffer gelandet.

Anna S. Stöckli

<https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Fwww.goodreads.com%2Fbook%2Fshow%2F161092622-under-ashen-skies&psig=AOvVaw2nzV1ElhmliBUj8zXMXMh2&ust=1690319569509000&source=ima->



Und hier gewinnt?



Zu gewinnen:
2x1 Orell Füssli Gutschein
im Wert von 20 Fr.
Lösungswort, Name und Adresse
bis zum 31.10.2023 an:
derziner.uzh@gmail.com

- 1 Im Leistenkanal der Frau findet sich das Lig. ... uteri
- 2 Ein Gartenarbeits-Instrument und das vorderste beim Lachen.
- 3 Welches Sprachzentrum ist motorisch?
- 4 Mit diesem Instrument wird bei Operationen Blut gestillt
- 5 Die Hirnlappen werden Lobus frontalis, temporalis, insularis, occipitalis und ... genannt.
- 6 Eine 4-jährige Ausbildung in diesem Bereich ist nötig, um SpezialistIn für Zahnschmerzen zu werden.
- 7 Ein heller Fleck im Röntgenbild wird ... genannt.
- 8 Aufgrund einer benignen Hyperplasie dieses Organs haben viele Männer in der zweiten Lebenshälfte vermehrten Harndrang.
- 9 Welche Schicht der Hirnhaut schmerzt bei Kopfschmerzen?
- 10 Wie nennt man die Verteilung eines Tumors vom Ursprungsgewebe in ein anderes Gewebe?

Amelie Erlinger

Hadern mit dem Nicht-Wissen

Anfangs des letzten Studienjahres hat die Universität Zürich aus unbekannten Gründen die Livestreams abgeschafft. Unbekannt deshalb, weil sie keine Gründe für die Abschaffung angegeben hat. In Bern gab es zumindest im letzten Studienjahr noch Livestreams. Es ist also nicht so, als wäre es nicht weiterhin möglich. War es zu teuer? Haben sich die Professor:innen geweigert und einen Streik angedroht? Haben sie Angst, sie würden ausversehen geheime Forschungsdetails in der Vorlesung ausplaudern? Machte es zu viel Arbeit? Haben wir Angst, Hacker kommen an die live Daten, aber nicht an die Podcasts? Hat die mit den Streams beauftragte Firma einen Papierkrieg mit der Administration angefangen? So wie es scheint, hat die Uni einen Grund gefunden, der alle Vorteile überwiegt, ihn aber leider nicht leicht zugänglich publiziert. Zu den Vorteilen gehört etwa die Barrierefreiheit. Es ist für eine Person im Rollstuhl wesentlich einfacher, einer Vorlesung von zu Hause aus beizuwohnen, als den Weg an die Universität auf sich zu nehmen. Dank der Livestreams

fällt sie trotzdem nicht hinter den anderen Student:innen zurück und hat eine vorgegebene Tagesstruktur. Livestreams ermöglichen es auch Personen, die eine mittlere Distanz von Zürich entfernt wohnen, nicht jeden Tag an die Universität zu kommen. Das wiederum vermindert die Anzahl Personen, die in den öffentlichen und privaten Transportmitteln unterwegs sind. Es vermindert auch die Anzahl an Wohnungen in Zürich, die von Student:innen bewohnt werden, weil solche mit einem langen Weg sich keine WG suchen müssen. Zu einer Zeit, in der die Wohnungsnot in Zürich ständig in der Zeitung steht, ist dies ein schlagkräftiges Argument. Natürlich gibt es noch die Podcasts, aber diese lassen sich leider nicht wirklich mit dem Besuchen der Vorlesungen verbinden, da man sich einfach immer mindestens einen Tag im Verzug befindet. Und obwohl wir Student:innen uns erkundigt, eine Petition gestellt und viele Mails geschrieben haben, haben wir offiziell nur zur Antwort erhalten, dass man sich alle Argumente noch mal angesehen habe und zum gleichen Schluss gekommen sei wie

vorher. Welche Argumente das waren, wurde in der Mail leider nicht erklärt. Nach längerem Herumfragen erhielt ich aus sekundären Quellen die vage Antwort, der Aufwand für die Livestreams lohne sich nicht, da wenig Bedarf dafür herrsche, weil es ja noch die Podcasts gebe. So kann man nur sagen, dass die Uni anscheinend doch ihre Gründe hatte, während der digitalen Revolution einen Schritt zurück zu machen, nachdem sie all die Arbeit geleistet hatte, um die Livestreams überhaupt zu ermöglichen. Sie publiziert sie einfach nicht.

Anna S. Stöckli



Illustration: Fabia Lauper

Medizinge Flüster

Ob Versprecher, zweideutige Sätze, ungewollte oder durchdachte humorvolle Inputs von unseren Professor*innen; In dieser Rubrik findet ihr Momente des lacherfüllten Hörsaals und komische Aussagen von Patient*innen.

Prof. Dr. Maurizio Calcagni:
„Das ist ein Patient, der war in der Langstrasse und ist in eine Klinge hineingelaufen... also die Klinge hatte jemand anders in der Hand.“

Prof. Dr. Dr. Adrian Egli: **„Warum kriegen Männer im Sommer häufiger Campylobacter? Barbecue! Poulet! Männer sind weniger hygienisch!“**

Prof. Dr. Christian Hierholzer:
„Eine Frage? Ahh, endlich eine Frage! Ich liebe Fragen!!!“

Notfallstation Pädiatrie. Unterassistent S. Christiaan hat gerade eine junge Patientin mit dem Oberarzt rückbesprochen und kommt nun mit ihm zurück ins Zimmer. Oberarzt: **„Grüeziwohl, min Name isch Kristinson.“ Vater der Patientin: „Aaahh! Sie sind de Papi?“ Oberarzt: „Hä?! Sie sind doch de Papi?“ -> Absolute Verwirrung.**

Oberarzt beim Mittagessen über seinen Aufstieg zum Leitenden Arzt:
„Nicht die Intelligenten, sondern die Verfügbaren kommen in der Medizin weit.“

Prof. Dr. Roland H. Wenger:
„Ich hoffe Sie lesen oder schreiben noch etwas und schauen nicht nur TikTok-Movies.“

Dr. med. dent. Tobias Steffen:
«Ja dort wo die Wurzel distal geht...da ist dann distal.»



Schweizerische Gesellschaft für Psychoanalyse
Freud-Institut Zürich

Postgraduale Weiterbildung in psychoanalytischer Psychotherapie

Die vierjährige postgraduale Weiterbildung in psychoanalytischer Psychotherapie erfüllt die Anforderungen der Psychotherapie-Weiterbildung im Rahmen der Weiterbildung zum Facharzt / zur Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie FMH.

Dozentinnen und Dozenten
Lehrerfahrene Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytiker SGPsa / IPA

Kurstage und Kursort
Jeweils Montagabend von 19.15–21.10 Uhr am Freud-Institut Zürich, 8008 Zürich (ausgenommen Stadtzürcher Schulferien)

Beginn der Weiterbildung
Zu Beginn jeden Semesters:
23. Oktober 2023, 8. April 2024

Anmeldeschluss
1. September bzw. 1. März jeden Jahres

Alle Informationen zur Weiterbildung finden sich in unserer Broschüre oder über unsere Website:



Informationsabende
28. Juni 2023, 17. Januar 2024, 26. Juni 2024
Anmeldung erforderlich: info@freud-institut.ch

St. Francis Referral Hospital - Ifakara, Tansania

Nervös legt sich eine schwangere Patientin auf den Untersuchungstisch, während ich von einer Ecke aus zuschaue. Schon hat der Gynäkologe den Schallkopf angesetzt und misst blitzschnell Schädel-Steiss-Länge und Kopfumfang. Jetzt noch den Rumpfumfang – plötzlich gibt das Gerät einen kleinen Knall von sich, der Bildschirm wird schwarz und es wird ganz still im Untersuchungszimmer. Genervt und beinahe vorwurfsvoll schaut der Arzt zu mir herüber: Schon wieder Stromausfall!

Stromausfälle gibt es in Ifakara, einem kleinen Städtchen im Zentrum Tansanias, gegen Ende der Trockenzeit sehr häufig. Tansanias Stromversorgung ist stark von Wasserkraft abhängig. Ist das Wasser in den Stauseen einmal aufgebraucht, muss der Strom rationiert werden, bis es wieder regnet. Um seinen Betrieb aufrecht zu erhalten, ist das St. Francis Referral Hospital eigentlich mit einem Dieselgenerator ausgestattet. Wegen der hohen Treibstoffpreise wird dieser jedoch auf Sparflamme betrieben und erzeugt daher nicht genug Strom, um das ganze Spital zu versorgen. Macht auf der chirurgischen Station oder auf dem Notfall jemand ein Röntgenbild, wird die Stromversorgung aller anderen Abteilungen kurzzeitig unterbrochen. An manchen Tagen konnte das heissen, dass wir alle 15 Minuten das Ultraschallgerät neu aufstarten mussten. Man kann sich vorstellen, wie sich die Arbeit dadurch in die Länge zieht.

Ich hatte mich für das Praktikum in Gynäkologie in Ifakara entschieden, da ich wusste, dass man an diesem Spital auch Zivildienst leisten konnte und ich mich für diese Möglichkeit interessierte. An dem Spital sind Projekte des Schweizerischen Tropen- und Public-Health-Instituts (Swiss TPH) sowie der Innsbrucker NGO «Ärzte für Ifakara» angesiedelt. Aus diesem Grund wehen vor

dem Eingang die Flaggen Tansanias, der Schweiz und Tirols. Regelmässig kommen Medizinstudierende aus Basel und Innsbruck für ein Praktikum hierher. Das St. Francis Referral Hospital verfügt über rund 350 Betten. Alle Stationen befinden sich im Erdgeschoss, nur zwei Gebäude verfügen über ein zweites Stockwerk, in dem Rapporträume angesiedelt sind. Zwischen den Stationen bewegt man sich im Freien auf überdachten Betonpromenaden. Die Abteilung für

Dauert die Sectio einmal länger als die Spinalanästhesie wirkt, wird einfach unter Schmerzensschreien weiteroperiert.

Gynäkologie und Geburtshilfe befindet sich in unmittelbarer Nähe des Haupteingangs und besteht aus den Sprechstundenzimmern, dem Gebärsaal, einem eigenen Operationstrakt und den Stationszimmern. Der Gebärsaal hat insgesamt etwa 15 Betten, wovon rund die Hälfte für Frauen in der aktiven Phase reserviert sind. Für die Geburt müssen die Patientinnen ihre eigenen Leintücher mitnehmen, denen man leider aufgrund der in allen Farben bedruckten Stoffe kaum ansieht, wie sauber sie sind. Die Überwachung während der

Wehen erfolgt ohne elektronische Geräte mit Leopold'schen Griffen und Fetoskop, die Phasen der Geburt werden auf einem ausgedruckten Partograph schriftlich festgehalten. Wie in der Schweiz werden die Geburten meist von Hebammen durchgeführt, allerdings besteht hier kein Gegensatz zwischen ihnen und dem ärztlichen Personal. Auch in Ifakara ist selbstverständlich, dass das Leben der Mutter Vorrang hat vor demjenigen des Kindes. Die Neugeborenen liegen nach der Geburt dafür oft längere Zeit unbeachtet unter einer Wärmelampe, bevor sie zur Mutter gebracht werden. Es wird auch nicht viel unternommen, falls sich eines im kritischen Zustand befindet. Mehrmals habe ich Neugeborene selbstständig zur Neonatologie gebracht, da sich die Hebammen nicht dafür interessierten.

Im Operationssaal sind die Abläufe ähnlich wie in Europa. Statt Einwegschürzen verwendet man hier Stoffschürzen, die jeden Tag sorgfältig sterilisiert werden müssen. Sie werden dann mit einer riesigen Zange aus den sterilen Behältern herausgehoben. Dasselbe gilt für Lochtücher und sterile Flächen. Für die Anästhesie sind Pflegenden mit einer Fortbildung verantwortlich, die während der Operation gerne den Saal verlassen, um sich im Korridor mit ihrem Smartphone zu beschäftigen, was mindestens einmal zu einer kritischen Situation geführt hat. Ansonsten entsprechen die Verfahren aber weitgehend denjenigen bei uns. Nur Fürsorge und Empathie für die Patientinnen bleiben manchmal auf der Strecke: Dauert die Sectio einmal länger als die Spinalanästhesie wirkt, wird einfach unter Schmerzensschreien weiteroperiert. «Stop hitting her!» sagte ich einmal wütend zu einem Anästhesiepfleger, der versuchte, eine ältere Patientin durch Ohrfeigen aus der Narkose zu wecken, nachdem er sie bei der Ein-

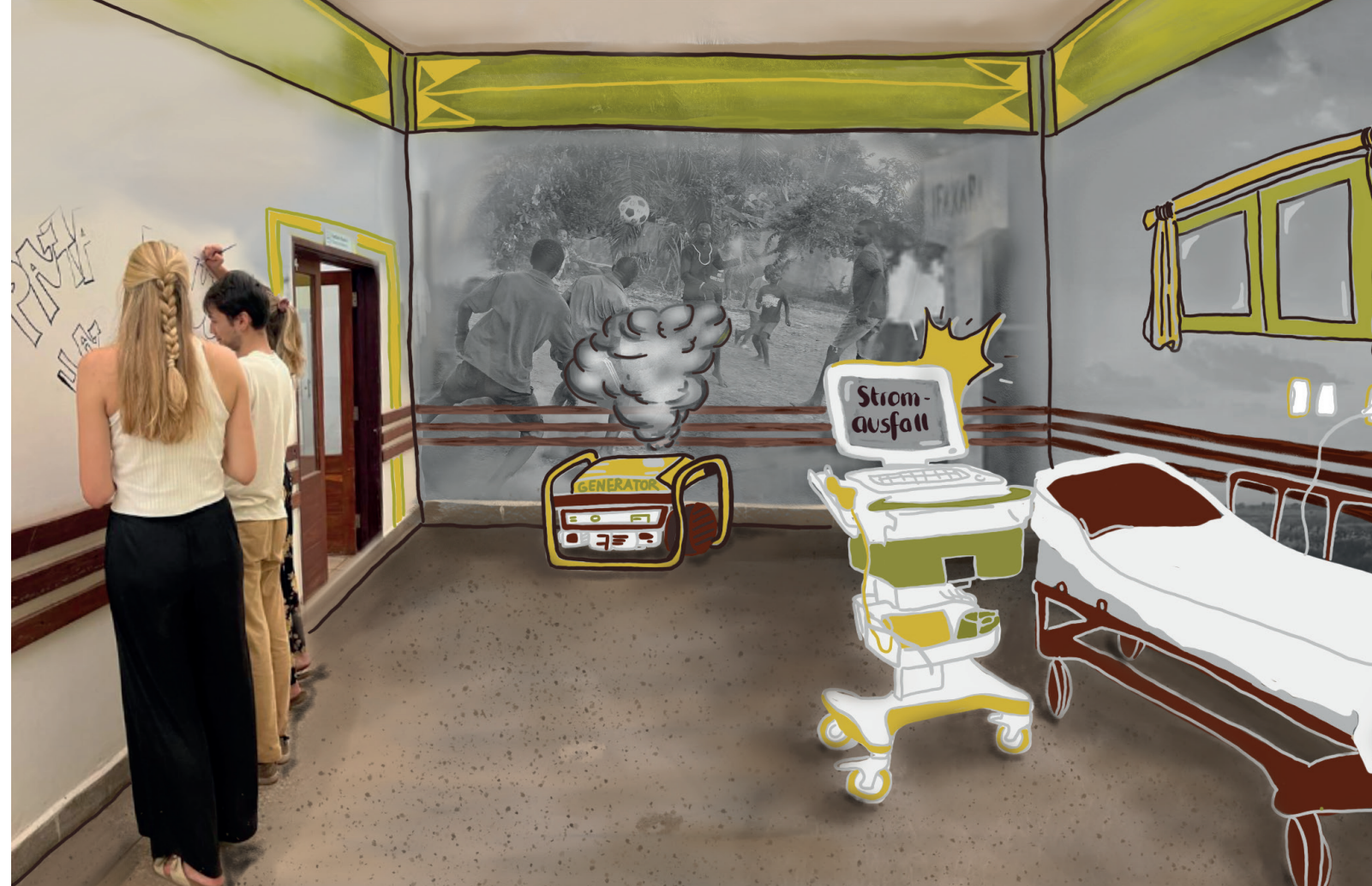


Illustration: Morgane Lercher

leitung schon beschimpft hatte. Ein Oberarzt vergass bei einer Sectio die von der Patientin gewünschte Tubenligatur und meinte gleichgültig, sie könne eine andere Form der Verhütung verwenden. Alle wussten genau, dass sie sich diese nicht leisten konnte und nun wohl ein weiteres Kind zur Welt bringen würde.

Auf der Station hat die Gynäkologie an die 60 Betten, wovon normalerweise drei Viertel belegt sind. Entsprechend lange dauert die Visite. Alle Untersuchungsbefunde werden von Hand in die Krankenakte der Patientinnen notiert. Die Hygienebedingungen sind hier am problematischsten. Es fehlt an Desinfektionsmittelspendern und die Blutdruckmanschette wird kein einziges Mal gereinigt, während sie durch die ganze Station wandert. Patientinnen, die ihre Behandlung nicht bezahlen können, werden im Spital behalten, bis die Rechnungen bezahlt sind. In manchen Fällen werden ihnen bei Zahlungsunfähigkeit Behandlungen verweigert, offiziell sogar das Ziehen der Fäden. In der Praxis werden die Fäden dann meistens doch gezogen, ohne dies zu dokumentieren. Mahlzeiten, Wasser

und Leintücher für die Patientinnen müssen die Angehörigen mitbringen. Die Arbeitsbedingungen für Ärzt:innen sind in Ifakara deutlich gemüthlicher als in der Schweiz: Der Morgenrapport beginnt um halb acht und dauert in der Regel anderthalb Stunden. Hier finden oft sehr gute Weiterbildungen statt. Nach dem Rapport wird erstmal eine Stunde lang (!) gefrühstückt. Danach wird gearbeitet, bis alle Aufgaben erledigt sind. Meistens dauert das bis 14:30, manchmal länger, woraufhin man zu Mittag isst und nachhause geht. Dafür hat man hier deutlich häufiger Nacht- und Pikettdienste. Den grössten Teil der Arbeit leisten die Interns, wie die Unterassistent:innen hier genannt werden. Sie sind eigentlich rund um die Uhr im Spital und für alles verantwortlich. Während eines Jahres rotieren sie durch alle Stationen und müssen in dieser Zeit unter Supervision mindestens fünf Appendektomien durchführen, fünf Sectiones und so weiter. Trotz ihrer hohen Verantwortung haben sie nicht viel Erfahrung, was schlimme Folgen haben kann.

Obwohl die Amtssprache Tansanias Swahili ist, ist die Sprache der Medi-

zin Englisch, was das Land für Medizinstudierende sowohl aus Europa als auch aus anderen afrikanischen Ländern attraktiv macht. Als Unterassistent aus der Schweiz hatte ich hier eine merkwürdige Rolle. Im Spital fehlt es an erfahrenem Personal, ansonsten besteht aufgrund der Anwesenheit der vielen Interns jedoch kein Personalmangel. Man muss sich sehr aktiv darum bemühen, in den Spitalbetrieb einbezogen zu werden und konsequent um Erklärungen bitten. Erkennt das Team einmal, dass man motiviert ist, werden einem allerhand Eingriffe bis zur Sectio angeboten. An dieser Stelle stand ich stets vor einem inneren Konflikt – einerseits wollte ich gerne etwas lernen und dem Team Arbeit abnehmen, andererseits wollte ich nicht an tansanischen Patientinnen üben, während erfahreneres Personal verfügbar wäre. Ich habe für mich entschieden, mich weitgehend zurückzuhalten und mich auf Geburten, Assistenz im Operationssaal und pränatalen Ultraschall beschränkt. Insgesamt habe ich dadurch vermutlich weniger Praktisches gelernt, als bei einem Praktikum in der Schweiz üblich ist.

Von der Leistung des Spitals war ich sehr beeindruckt. Während der zwei Monate, die ich dort verbracht habe, war es auf der Gynäkologie zu keinen Todesfällen unter den Müttern gekommen. Auch bei Komplikationen konnte adäquat reagiert und Leben gerettet werden. Kritische Fälle wurden im folgenden Rapport ausführlich ausdiskutiert. Das Spital scheint seine beschränkten Mittel sinnvoll zu investieren: Die chaotischen und unhygienischen Zustände in den Stations- und Sprechstundenzimmern mögen einen zwar an der Seriosität der Institution zweifeln lassen. Bereiche wie der Operationssaal oder die Dialysestation hingegen, wo Hygiene und Ordnung unabdingbar sind, werden konsequent sauber gehalten, verfügen über moderne Geräte und werden von gut ausgebildetem Personal geführt. So kann das Spital möglichst kosteneffizient seinen Beitrag zur medizinischen Versorgung der Region leisten.

Gewohnt habe ich in Ifakara zusammen mit zwei Basler Studentinnen in einem kleinen Haus, dass wir von einem Augenarzt mieteten. Zum Spital sind wir jeden Morgen mit dem Fahrrad gefahren. Das kulturelle Angebot in Ifakara ist bis auf einige Nachtclubs, bei denen man sich bereits ab 50 Meter Entfernung wegen der Lautstärke nicht mehr unterhalten kann, äusserst beschränkt. Abgesehen von einem Nationalpark, für den man pro Tag 50 Dollar Eintritt zahlt, gibt es auch nicht viele Ausflugsziele. Die nächstgrössere Stadt ist sechs Stunden Autofahrt auf einer unbefestigten Strasse entfernt und damit für einen Wochenendausflug zu weit weg. Die Tage können deshalb schnell etwas trübsinnig werden. Es ist schwer, sich in die lokale Gesellschaft zu integrieren, da man als Mzungu, also weisse Person, wie man hier genannt wird, als völlig anderer Mensch wahrgenommen wird. Eine Sekretärin bat mich gleich bei meiner Ankunft um meine Kontaktdaten. Kurz darauf erhielt ich eine Nachricht: «I really like having white friends!» Diese freundlich gemeinte Sonderbehandlung ist alles andere als angenehm und ich fühlte mich regelmässig in eine Rolle gezwungen, von der ich gedacht hatte, unsere Gesellschaft habe sie hinter sich gelassen. Ständig wurde versucht, mich zu beeindrucken und meine Gunst zu gewinnen. Nur zwei Ärzte im Spital traten mir wie einem

gleichberechtigten Menschen entgegen und haben mich offen kritisiert, wenn ich Fehler machte. Neben diesen beiden Personen hatte ich guten Kontakt zu einem Künstler und zu einem Sekundarschullehrer, bei dem ich zweimal wöchentlich Swahili-Unterricht nahm. Ich spürte jedoch, dass ich den Menschen sehr fremd war und kann deshalb nicht wirklich behaupten, dass ich meine Zeit in

Diese freundlich gemeinte Sonderbehandlung ist alles andere als angenehm und ich fühlte mich regelmässig in eine Rolle gezwungen, von der ich gedacht hatte, unsere Gesellschaft habe sie hinter sich gelassen.

Ifakara genossen habe. Es gab viele traurige, frustrierende und desillusionierende Momente im Spital und wenig Möglichkeiten, offen darüber zu sprechen. Trotzdem war die Zeit sehr lehrreich, und ich bin dankbar für die Erfahrungen, die ich dort machen durfte.

Neben den medizinischen Erfahrungen fand ich es bereichernd, für einige Zeit mit einem einfacheren Lebensstandard zurecht zu kommen. Natürlich lebten wir in unserem Haus mit fliessendem Wasser und Gasherd bereits deutlich luxuriöser als unsere Nachbarn. In Ifakara leben etwa 30'000 Menschen, nur wenige Strassen sind asphaltiert. Während der Trockenzeit ist es tagsüber meist über 35 Grad heiss, während der Regenzeit soll es jedoch deutlich heisser werden. Wer es sich leisten kann, schafft sich daher einen Ventilator an. Klimaanlage haben sich aufgrund ihres hohen Stromverbrauchs noch nicht durchsetzen können. Die einzigen zweistöckigen Gebäude, die ich kannte, waren das Spital, die Schule und der Bahnhof, an dem zweimal wöchentlich der Tanzania-Zambia-Express vorbeifuhr. Diese Zugstrecke wurde in den 1970er Jahren von der chinesischen Regierung gebaut, um während des Kalten Krieges beim Handel mit Rohstoffen die westlich orientierten Häfen Süd-

afrikas zu umgehen. Die Restaurants in Ifakara bieten alle dasselbe Menü: Entweder Pommes mit Ei oder Reis mit Bohnen. In ganz Ifakara gibt es keinen richtigen Supermarkt und daher auch keinen Zugang zu verarbeiteten Produkten – alles muss frisch auf dem Markt gekauft werden. Wenn wir, vor lauter Sehnsucht nach europäischer Küche einmal eine Pizza machen wollten, war dies meist ein Projekt für zwei Tage oder mehr: Der Teig musste selbst gemacht werden, frische Tomaten mussten für eine Sauce eingekocht werden, und aus pasteurisierter Milch stellten wir Ricotta her, den einzigen Käse, den man leicht selbst machen kann. Hinzu kam die Herausforderung, die Pizza im Gasofen nicht von der einen Seite anbrennen zu lassen, während die andere noch roh ist. Trinkwasser erhielten wir durch einen Tonfilter. Während der Stromausfälle kochten wir mit Stirnlampen, denn es wird in Tansania bereits um sechs Uhr abends dunkel. Hielten die Ausfälle mehrere Stunden an, konnte es vorkommen, dass unser Wassertank leer war. Dann mussten wir mit Töpfen zum nächsten Brunnen gehen und das Grundwasser von Hand an die Oberfläche pumpen. Wenn wir schliesslich schwitzend und müde im Dunkeln beim Abendessen sassen und das Crescendo des aufstartenden Ventilators das Ende des Stromausfalls signalisierte, brachen wir in Jubel aus. Pizza und ein kühler Wind im Nacken, das waren zwei Dinge, die uns allen gefehlt hatten.

Simon Christiaan

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:
derziner.uzh@gmail.com



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

Der Ziner wird auf Blauer Engel-zertifiziertem Recyclingpapier gedruckt. Online-printers produzieren und versenden alle Hefte möglichst klimaneutral. Emmissionen 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 2023

Redaktionsleitung
Simon Christiaan
Amelie Erlinger

Redaktion
Amelie Erlinger
Anna Sophia Stöckli
Fabia Lauper
Lynn Jansen
Simon Christiaan
Yi Zheng
Michael Schwarz
Leandra Frey

Layout
Fabia Lauper
Lynn Jansen
Lilian Lotzer
Morgane Lercher

Illustrationen & Fotografie
Fabia Lauper
Lynn Jansen
Lilian Lotzer
Morgane
Amelie Erlinger

Titelbildfotografie
Jan Han

Website
Fabia Lauper

Inserate
Anna Sophia Stöckli

Kontakt
www.derziner.com
derziner.uzh@gmail.com

Inserate & Werbung
Preis auf Anfrage
derziner.uzh@gmail.com

Druck
Onlineprinters
www.de.onlineprinters.ch

Unnützes Wissen IV

Anna S. Stöckli

Die Wahl deiner Seife beeinflusst, wie oft du von Mücken gestochen wirst. Parfümierte Seifen scheinen sie eher anzulocken, zum Beispiel Seifen der Marken DOVE und Simple Truth, während unparfümierte Seifen sie eher abschrecken.

Im Museum of Natural History in New York werden unter anderem Dinosaurierskelette ausgestellt. Eines der Gattung Apatosaurier trug für mehr als 65 Jahre den Kopf einer anderen Dinosauriergattung.

Frankreich hat die grösste Auswahl an Käse mit ca. 400 Sorten. Die USA sind der grösste Käseproduzent.

In Venedig darf man nicht Fahrrad fahren. Auch das Schieben von Fahrrädern ist verboten.

Liechtenstein und Haiti hatten lange Zeit die gleiche Flagge. Das wurde erst an den Olympischen Spielen von 1937 in Berlin entdeckt.

Alien ist in Amerika nicht nur das Wort für Ausserirdische, sondern auch ein weiblicher Vorname.

Während unseres Lebens produzieren wir etwa 40'000 Liter Speichel. Genug um zwei recht grosse Swimmingpools zu füllen.

Ein Stegosaurus hat ein Gehirn von der Grösse einer Walnuss bei einer Länge von 9 Metern.

