

**SAZ** Schweizerische Ärztezeitung

**31**  
**32**

31. 7. 2012

**Bollettino dei medici svizzeri**

**BMS**

**Bulletin des médecins suisses**



Editorial 1113

**Bundesamt für Statistik, so nicht!**

FMH 1115

**MARS: über Sinn, Unsinn und Legalität eines umfassenden Gesundheitssysteminformationssystems**

Tribüne 1138

**Nutzen der Zentralisierung hochspezialisierter Leistungen in Frage gestellt?**

Begegnung mit Roberto Malacrida 1142

**«Im Zentrum stehen Würde und Autonomie des Patienten»**

«Zu guter Letzt» von Jean Martin 1150

**Die Verschreibung von Plazebos – eine heikle ethische Frage**



## FMH

Editorial

- 1113 Bundesamt für Statistik, so nicht!**  
*Jacques de Haller*

DDQ

- 1115 MARS: Über Sinn, Unsinn und Legalität eines umfassenden Gesundheitsinformationssystems**  
*Esther Kraft, Judith Wagner, Hanspeter Kuhn*  
Das Bundesamt für Statistik plant den Aufbau von Statistiken über die ambulante Gesundheitsversorgung – als Folge der KVG-Verpflichtung zur Überwachung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungen. Die FMH schildert detailliert ihre Position zu diesen Plänen und betont, dass keine Dokumentation eines Gesundheitslebenslaufs von der Wiege bis zur Bahre ermöglicht werden darf.

Nachrufe

- 1118 In memoriam Gret Nicole-Gisler**  
*Dieter Scholer*

- 1119 Personalien**

## Organisationen der Ärzteschaft

SGIM

- 1121 Der Arzt ist heute auch ein Manager**  
*Volker Bernhard Schulte, Lukas Zemp*  
Ärzte, die Karriere machen wollen, müssen immer mehr unternehmerische Aufgaben wahrnehmen. Während des Studiums werden sie hierfür aber kaum ausgebildet. Die SGIM bietet jetzt in Zusammenarbeit mit der Hochschule für Wirtschaft FHNW eine Managementausbildung an.

## Weitere Organisationen und Institutionen

palliative so

- 1123 Solothurn: erster Kanton mit einheitlichem Betreuungsplan für Schwerkranke**  
*Christoph Cina*  
Zahlreiche Partner haben sich zusammengeschlossen, damit dieses Angebot möglich wurde. Ziel ist, die Behandlungskette bei unheilbaren und schwerkranken Menschen nicht reißen zu lassen.

## Briefe / Mitteilungen

- 1125 Briefe an die SÄZ**  
**1127 Mitteilungen**

## FMH Services



- 1129 Urabstimmung der FMH Services 2012**  
*Max Giger, Beat Bär*  
**1130 Ihre Experten**  
*FMH Insurance Services*  
**1131 Stellen und Praxen**

## Tribüne

Standpunkt

- 1138 Nutzen der Zentralisierung hochspezialisierter Leistungen in Frage gestellt**  
*Adrian Merlo, René Bernays, Oliver Hausmann, Hans Landolt, Michael Reinert, Karl Schaller*



Bei der aktuellen Diskussion über Spitalisten und die sogenannte hochspezialisierte Medizin geht man davon aus, dass eine Konzentration von Leistungen die Behandlungsqualität verbessert. Eine norwegische Studie lässt Zweifel an dieser Beziehung aufkommen.

- 1141 Spectrum**

## Horizonte

Begegnung mit ...

**1142 «Im Zentrum stehen Würde und Autonomie des Patienten»***Daniel Lüthi*

Ein frischgebackenes Mitglied der Stadtregierung von Bellinzona und eine weitherum bekannte Persönlichkeit hat Daniel Lüthi diesmal getroffen: Roberto Malacrida, Professor für Intensivmedizin, klinische Ethik und Medical Humanities. Sie sprachen über menschliche Medizin, über Krankheit und Ökonomie und die Kraft der Kommunikation.

Streiflicht

**1145 Dreizehn BakTun***Erhard Taverna*

Thomas Kellner

Eine Geschichte aus den Nebelwäldern Mittelamerikas, die leider nicht ganz so gut ausgeht.

## Horizonte

Streiflicht

**1148 Radiology – Open 24 Hours***Richard O. Binswanger*

Plädoyer für eine permanent verfügbare Radiologie. Der Text zeigt die Vorteile – und welche Widerstände es in den Radiologischen Kliniken vermutlich geben dürfte.

Schaufenster

**1149 Sprachlos***Jürg Kesselring*

«Ich könnte es (!) beim Titel nur bewenden lassen und mich (!) damit in alle Kürze fassen, dass ich nun leider einfach sprachlos sei und alle Welt um mich ein Aller- oder Einerlei.» So beginnt das Gedicht von Jürg Kesselring – und es geht natürlich weiter.

## Zu guter Letzt

**1150 Die Verschreibung von Plazebos – eine heikle ethische Frage***Jean Martin*

Was ist überhaupt ein Plazebo? Muss der Patient über den Einsatz aufgeklärt werden? Wird die beabsichtigte Wirkung dadurch konterkariert? Das sind nur einige heikle Fragen, zu deren Beurteilung Jean Martin auch einen Blick über den grossen Teich in die USA wirft. Hier wie dort dürfte gelten, dass der Arzt nicht selten selbst das Plazebo ist, auch wenn er es grundsätzlich nicht verschreiben will.

Anna



## IMPRESSUM

**Redaktion**

Dr. med. et lic. phil. Bruno Kesseli  
(Chefredaktor)  
Dr. med. Werner Bauer  
Dr. med. Jacques de Haller (FMH)  
PD Dr. med. Jean Martin  
Anna Sax, lic. oec. publ., MHA  
Prof. Dr. med. Hans Stalder  
Dr. med. Erhard Taverna  
lic. phil. Jacqueline Wettstein (FMH)

**Redaktion Ethik**

PD Dr. theol. Christina Aus der Au  
Prof. Dr. med. Lazare Benaroyo  
Dr. phil., dipl. biol. Rouven Porz

**Redaktion Medizingeschichte**

PD Dr. med. et lic. phil. Iris Ritzmann  
PD Dr. rer. soc. Eberhard Wolff

**Redaktion Ökonomie**

Anna Sax, lic. oec. publ., MHA

**Redaktion Recht**

Fürsprecher Hanspeter Kuhn (FMH)

**Managing Editor**

Annette Eichholtz M.A.

**Redaktionssekretariat**

Elisa Jaun

**Redaktion und Verlag**

EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG  
Farnsburgerstrasse 8, 4132 Muttenz  
Tel. 061 467 85 55, Fax 061 467 85 56  
E-Mail: redaktion.saez@emh.ch  
Internet: www.saez.ch, www.emh.ch

**Herausgeber**

FMH, Verbindung der Schweizer  
Ärztinnen und Ärzte, Elfenstrasse 18,  
Postfach 170, 3000 Bern 15  
Tel. 031 359 11 11, Fax 031 359 11 12  
E-Mail: info@fmh.ch  
Internet: www.fmh.ch

**Herstellung**

Schwabe AG, Muttenz

**Marketing EMH**

Thomas Gierl M.A.  
Leiter Marketing und Kommunikation  
Tel. 061 467 85 49, Fax 061 467 85 56  
E-Mail: tgierl@emh.ch

**Inserate****Werbung**

Sabine Landleiter  
Leiterin Anzeigenverkauf  
Tel. 061 467 85 05, Fax 061 467 85 56  
E-Mail: slandleiter@emh.ch

**«Stellenmarkt/Immobilien/Diverses»**

Matteo Domeniconi, Inserateannahme  
Stellenmarkt  
Tel. 061 467 86 08, Fax 061 467 85 56  
E-Mail: stellenmarkt@emh.ch

**«Stellenvermittlung»**

FMH Consulting Services  
Stellenvermittlung  
Postfach 246, 6208 Oberkirch  
Tel. 041 925 00 77, Fax 041 921 05 86  
E-Mail: mail@fmhjob.ch  
Internet: www.fmhjob.ch

**Abonnemente****FMH-Mitglieder**

FMH Verbindung der Schweizer  
Ärztinnen und Ärzte  
Elfenstrasse 18, 3000 Bern 15  
Tel. 031 359 11 11, Fax 031 359 11 12

**EMH Abonnemente**

EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG  
Abonnemente, Postfach, 4010 Basel  
Tel. 061 467 85 75, Fax 061 467 85 76  
E-Mail: abo@emh.ch

Jahresabonnement: CHF 320.–,  
zuzüglich Porto

© 2012 by EMH Schweizerischer  
Ärzteverlag AG, Basel. Alle Rechte vor-  
behalten. Nachdruck, elektronische  
Wiedergabe und Übersetzung, auch  
auszugsweise, nur mit schriftlicher  
Genehmigung des Verlages gestattet.

Erscheint jeden Mittwoch

ISSN 0036-7486

ISSN 1424-4004 (Elektronische Ausg.)

# Bundesamt für Statistik, so nicht!



Wie auf Seite 1115 dieser Ausgabe der Schweizerischen Ärztezeitung nachzulesen ist, stürzt sich das Bundesamt für Statistik (BFS) mit Feuereifer auf die Erhebung von Daten über die Tätigkeit von Ärzten und anderen Pflegefachleuten in der Schweiz.

Keine gesetzliche Grundlage? Aber das ist doch kein Problem! Das übergeordnete

Interesse der BFS-Datenbanken hat schliesslich Vorrang vor untergeordneten juristischen oder ethischen Bedenken ... und beim Arzt- bzw. Patientengeheimnis handelt es sich ja offenkundig um einen veralteten Begriff, überholt, vollkommen unnötig!

Worum geht es? Artikel 22a KVG [1] regelt die Übermittlung von Daten aus den Praxen an das BFS zum Zwecke der «Anwendung der Bestimmungen dieses Gesetzes über die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen». Bei den geforderten Daten handelt es sich unter anderem um die «Anzahl und Struktur der Patientinnen und Patienten in anonymisierter Form».

Dieses Gesetz ist bereits seit dem 1. Januar 2009 in Kraft und muss nun endlich umgesetzt werden. Aber nicht auf eigene Faust!

## Dieses Projekt ist in Bezug auf das Arztgeheimnis ein echter Skandal, ein eklatanter Widerspruch zum Gesetz und ein vollkommen absurder Plan im Hinblick auf den enormen Verwaltungsaufwand für die Praxen.

Das Bundesamt für Statistik beharrt bei der Umsetzung dieser Bestimmungen nämlich darauf, sämtliche Informationen über alle Patienten und alle Untersuchungen in allen Arztpraxen des Landes zu erfassen – und zwar nicht in wirklich anonymisierter Form, da diese Daten letztendlich dazu dienen sollen, für jeden Menschen in der Schweiz einen «Gesundheitslebenslauf» zu erstellen. Daher ist dieses Projekt in Bezug auf das Arztgeheimnis ein echter Skandal, ein eklatanter Widerspruch zu einem Gesetz, das lediglich die Erfassung von «Anzahl und Struktur der Patientinnen und Patienten in anonymisierter Form» erlaubt, und ausserdem ein vollkommen absurder Plan im Hinblick auf den enormen Verwaltungsaufwand für die Praxen.

Natürlich wird sich die FMH sowohl im Namen der Ärzteschaft als auch der fundamentalen Grundsätze der Medizin diesem MARS-Projekt (so lautet seine Bezeichnung) des BFS erbittert widersetzen. Wir werden die Datenerfassung der gesamten Bevölkerung, die Instrumentalisierung der Ärzteschaft

und die gesetzeswidrigen Machenschaften eines Bundesamtes nicht einfach hinnehmen.

Abgesehen davon bietet uns dieser Heissshunger der Bundesverwaltung auf Daten die Gelegenheit, noch einmal zu erläutern, warum das Arztgeheimnis so wichtig ist.

## Ein derart zentrales Element wie die Medizin darf in einer menschlichen Gesellschaft nicht ungestraft beiseitegeschoben oder missbraucht werden.

Natürlich bietet der rasante technische Fortschritt nahezu uneingeschränkte Möglichkeiten im Hinblick auf die Speicherung von Daten und die Überwachung von Personen, unabhängig davon, ob es sich im Einzelfall um Ärzte oder Patienten handelt. Dies ist aber noch lange kein Grund, wirklich alles umzusetzen! Vielleicht müsste an dieser Stelle daran erinnert werden, dass es nicht sehr intelligent ist, auf der Strasse so schnell zu fahren, wie es technisch möglich wäre, alle Entdeckungen der Nuklearphysik tatsächlich in die Tat umzusetzen oder alles auszuschöpfen, was medizinisch machbar ist!

Jede Entdeckung, jeder wissenschaftliche oder technologische Fortschritt, jede neue Möglichkeit erfordert einen Augenblick des Nachdenkens, um sich ein Urteil zu bilden. Alles zu tun, «weil man es kann», erscheint doch recht kindisch.

Und als weitere, noch subjektivere Überlegung darf man nicht vergessen, dass die Medizin in der menschlichen Gesellschaft eine Geschichte hat, eine Substanz, ihren eigenen Platz, der nicht nur Pillen und Zäpfchen beinhaltet: Die Medizin ist ein zentrales Element jeder Gesellschaft, so auch unserer, in der sie eine ganz besondere Rolle spielt, bei der es im Wesentlichen um die Würde des Menschen und das Vertrauen, d. h. die ärztliche Schweigepflicht, geht.

Hier auf den Eid des Hippokrates zu verweisen, ist fast schon banal. Dieser 2500 Jahre alte Text beweist in seinem der Schweigepflicht gewidmeten Teil jedoch eindeutig, dass es sich hier nicht um eine zeitgenössische Marotte handelt, sondern um das Vertrauen des Patienten zum Arzt, mit dem er nicht nur über Fieber und Pusteln redet, sondern auch über sich selbst, sein Dasein, seine Lebensfragen und Unzulänglichkeiten. Das Vertrauen, welches das Arztgeheimnis bzw. die ärztliche Schweigepflicht ermöglicht, ist in der täglichen Praxis Grundvoraussetzung für Therapie und Heilung. Uns Ärztinnen und Ärzten obliegt es, diese Art von Medizin zu verteidigen ... und somit die Verantwortlichen in Politik und Verwaltung wieder und wieder daran zu erinnern, dass ein derart zentrales Element wie die Medizin in einer menschlichen Gesellschaft nicht ungestraft beiseitegeschoben oder missbraucht werden darf.

*Dr. med. Jacques de Haller, Präsident der FMH*

1 [www.admin.ch/ch/d/sr/832\\_10/index.html](http://www.admin.ch/ch/d/sr/832_10/index.html)

# MARS: Über Sinn, Unsinn und Legalität eines umfassenden Gesundheitsinformationssystems

Esther Kraft<sup>a</sup>, Judith Wagner<sup>b</sup>,  
Hanspeter Kuhn<sup>c</sup>

- a lic. rer. oec, stv. Leiterin  
Daten, Demographie  
und Qualität DDQ FMH  
b Dr. sc. hum., Leiterin  
Medizinische Informatik  
und eHealth FMH  
c Fürsprecher, Leiter Rechts-  
dienst, stv. Generalsekretär  
FMH

## Einleitung

Seit dem 1.1.2009 gilt im Krankenversicherungsgesetz (KVG) ein neuer Artikel; Art. 22a KVG sowie der dazugehörige Artikel in der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV); Art. 31 KVV. Gemäss diesem Artikel sind die Leistungserbringer verpflichtet, «den zuständigen Bundesämtern Daten bekanntzugeben, die benötigt werden, um die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen zu überwachen» [1]. Es sind unter anderem Angaben zur «Art der Tätigkeit», zur «Anzahl und Struktur der Patientinnen und Patienten in anonymisierter Form», zu «Art, Umfang und Kosten der erbrachten Leistungen» sowie zu «Qualitätsindikatoren» zu liefern [2]. Für die Erhebung und Sammlung der Daten ist das Bundesamt für Statistik (BFS) verantwortlich. Die Veröffentlichung der Ergebnisse, die gestützt auf Art. 22a KVG durch das BFS erhoben werden, erfolgt durch das Bundesamt für Gesundheit BAG.

Zu folgenden Themen kann das BAG Angaben oder Kennzahlen kommunizieren (KVV Art. 31):

- Leistungsangebot der Leistungserbringer
- Diplome und Weiterbildungstitel der Leistungserbringer
- Medizinische Qualitätsindikatoren
- Umfang und Art der erbrachten Leistungen
- Kostenentwicklungen.

Neben dem BAG werden die Daten weiteren Stellen zur Verfügung gestellt, wie z.B. dem eidgenössischen Preisüberwacher, dem Bundesamt für Justiz, den Kantonen, den Versicherern.

Anfang 2012 – gut drei Jahre nach Einführung des neuen KVG-Artikels – hat das BFS ein Grobkonzept einem breiten Kreis von Stakeholdern des Gesundheitswesens zur Verfügung gestellt. Das Projekt läuft unter dem Namen «Aufbau der Statistiken der ambulanten Gesundheitsversorgung MARS» [3].

## Zusammenfassung der Ziele und Inhalte des Projekts MARS

Um die neuen KVG-Bestimmungen umzusetzen, plant das Bundesamt für Statistik den Aufbau der Statistiken der ambulanten Gesundheitsversorgung, der als ein «Beitrag für ein integrales statistisches Gesundheitsinformationssystem» verstanden werden soll. Mit diesem Informationssystem können laut BFS die «bestehenden gesetzlichen Vorgaben zur Dokumentation der Gesundheitsversorgung umgesetzt werden». Es wird also ein «Überblick über die Struktur der Leistungserbringer, die Diagnosen, die erbrachten Leistungen, die Inanspruchnahme der

Leistungen, die Behandlungspfade der Patienten, die Kosten sowie die Aus- und Weiterbildung des Personals» geschaffen. Gemäss Konzept wird die Bereitstellung von Grundlagen für die Versorgungsplanung, die epidemiologische Überwachung, die Wissenschaft sowie die Information der Öffentlichkeit angestrebt, um – ganz allgemein formuliert – die Entwicklungen des Gesundheitssystems verfolgen zu können. Das BFS gibt als Rechtsgrundlage für die Erhebung dieser Daten das Bundesstatistikgesetz (BstatG), die dazugehörige Verordnung sowie das Krankenversicherungsgesetz KVG Art. 21, Art. 22a und Art. 23 an.

Das vom BFS angestrebte Gesundheitsinformationssystem baut auf verschiedenen, je einen Themenbereich umfassenden Teilprojekten auf [3]:

- Teilprojekt 1: Strukturdaten Spital ambulant
- Teilprojekt 2: Patientendaten Spital ambulant
- Teilprojekt 3: Strukturdaten Arztpraxen
- Teilprojekt 4: Data-Warehouse
- Teilprojekt 5: Patientendaten Arztpraxen
- Teilprojekt 6: Patientendaten Spitex.

Bei der Art der Erhebung der Daten unterscheidet das BFS nicht zwischen administrativen und statistischen Zwecken. Für die Haltung und Verwendung der Daten sind jedoch unterschiedliche Methoden vorgesehen. Zu den statistischen Zwecken gehören beispielweise die epidemiologische Beschreibung und Analyse des Gesundheitszustandes der Bevölkerung, Datenlieferungen an internationale Organisationen und Information der Öffentlichkeit über das Gesundheitswesen. Die administrativen Daten sollen Vollzugsaufgaben ermöglichen, wie z.B. die Umsetzung des Krankenversicherungsgesetzes oder Planungs- und Steuerungsaufgaben. Die Daten zu den verschiedenen Teilprojekten werden teilweise mit schon bestehenden Erhebungen erfasst, teilweise sind die Erhebungen neu zu schaffen. Im Hinblick auf das vom BFS geplante integrale Gesundheitsinformationssystem sieht das Konzept insbesondere die Verknüpfung der Patientendaten explizit vor.

## Position der FMH zum geplanten Aufbau der Statistik

Die FMH ist von der Notwendigkeit von verlässlichen Zahlengrundlagen überzeugt und setzt sich dafür ein, dass das Schweizerische Gesundheitssystem über diese verfügt. Sie unterstützt daher eine methodisch korrekte und die gesetzlichen Grundlagen respektierende Erhebung von Kennzahlen zur stationären und ambulanten Gesundheitsversor-

Korrespondenz:  
FMH

Abteilung Daten, Demographie  
und Qualität  
Elfenstrasse 18  
CH-3000 Bern 15  
Tel. 031 359 11 11  
Fax 031 359 11 12

esther.kraft[at]fmh.ch

gung und in der Folge auch die Möglichkeit zur Schliessung allfälliger Lücken bzgl. internationaler oder europäischer Erhebungen. Einige zentrale Inhalte des Konzepts MARS entsprechen jedoch aus Sicht der FMH diesen Anforderungen in keiner Weise. Die Kritik bezieht sich insbesondere auf folgende Punkte des Projekts:

#### Gesetzestexte aus dem Krankenversicherungsgesetz KVG

##### Art. 22a Daten der Leistungserbringer

<sup>1</sup> Die Leistungserbringer sind verpflichtet, den zuständigen Bundesbehörden die Daten bekannt zu geben, die benötigt werden, um die Anwendung der Bestimmungen dieses Gesetzes über die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen zu überwachen. Namentlich sind folgende Angaben zu machen:

- a. Art der Tätigkeit, Einrichtung und Ausstattung, Rechtsform;
- b. Anzahl und Struktur der Beschäftigten und der Ausbildungsplätze;
- c. Anzahl und Struktur der Patientinnen und Patienten in anonymisierter Form;
- d. Art, Umfang und Kosten der erbrachten Leistungen;
- e. Aufwand, Ertrag und finanzielles Betriebsergebnis;
- f. medizinische Qualitätsindikatoren.

<sup>2</sup> Die befragten natürlichen und juristischen Personen sind zur Auskunft verpflichtet. Die Angaben sind kostenlos zur Verfügung zu stellen.

<sup>3</sup> Die Angaben werden vom Bundesamt für Statistik erhoben. Es stellt die Angaben nach Absatz 1 zur Durchführung dieses Gesetzes dem Bundesamt für Gesundheit, dem Eidgenössischen Preisüberwacher, dem Bundesamt für Justiz, den Kantonen und Versicherern sowie den in Artikel 84a aufgeführten Organen je Leistungserbringer zur Verfügung. Die Daten werden veröffentlicht.

<sup>4</sup> Der Bundesrat erlässt nähere Vorschriften zur Erhebung, Bearbeitung, Weitergabe und Veröffentlichung der Daten unter Wahrung des Verhältnismässigkeitsprinzips.

##### Art. 23 Statistiken

<sup>1</sup> Das Bundesamt für Statistik erarbeitet die notwendigen statistischen Grundlagen zur Beurteilung von Funktions- und Wirkungsweise dieses Gesetzes. Es erhebt zu diesem Zweck bei den Versicherern, den Leistungserbringern und der Bevölkerung die notwendigen Daten.

<sup>2</sup> Die befragten natürlichen und juristischen Personen sind zur Auskunft verpflichtet. Die Informationen sind kostenlos zur Verfügung zu stellen.

<sup>3</sup> Das Bearbeiten von Daten zu statistischen Zwecken erfolgt nach dem Bundesstatistikgesetz vom 9. Oktober 1992.

#### Verordnung über die Krankenversicherung KVV

##### Art. 31 Veröffentlichung der Daten der Leistungserbringer

<sup>1</sup> Das BAG veröffentlicht die Ergebnisse der vom Bundesamt für Statistik gestützt auf Artikel 22a des Gesetzes und durch das BAG nach Artikel 51 des Bundesgesetzes vom 26. Juni 2006<sup>2</sup> über die universitären Medizinalberufe erhobenen Daten so, dass namentlich folgende Angaben oder Kennzahlen der sozialen Krankenversicherung nach Leistungserbringer oder nach Kategorien von Leistungserbringern ersichtlich sind:

- a. Leistungsangebot der Leistungserbringer;
- b. Diplome und Weiterbildungstitel der Leistungserbringer;
- c. medizinische Qualitätsindikatoren;
- d. Umfang und Art der erbrachten Leistungen;
- e. Kostenentwicklung.

- *Gesundheitslebenslauf*: Die FMH lehnt die geplante Erstellung eines Gesundheitsinformationssystems ab, für das keine gesetzliche Grundlage besteht: Man würde damit faktisch über einen «Gesundheitslebenslauf» eines jeden Bürgers verfügen, ohne dass sich die Schweizer Bevölkerung je aufgrund eines referendumsfähigen Bundesgesetzes zur Frage äussern konnte, ob sie dies will.
- *Erhebung über alle Patienten*: Das BFS will die Ärzte im Rahmen der Statistik dazu verpflichten, sämtliche Patientenkontakte bis und mit Selbstzahler den Behörden zu melden. Auch dafür besteht aus Sicht der FMH keine gesetzliche Grundlage. Die meldenden Ärzte sehen sich der Gefahr ausgesetzt, dass sie gegen das Berufsgeheimnis verstossen und sich somit strafbar machen.
- *Vollerhebung*: Die geplante Vollerhebung über jeden ambulanten Behandlungsfall ist aus Sicht der FMH in keiner Weise sachlich und fachlich begründet. Sie würde die Ärzte mit zusätzlichen administrativen Aufgaben massiv belasten und damit auch den Zielen des aktuellen Masterplans für die Hausarztmedizin diametral widersprechen. Das BFS rechnet nach eigenen Angaben mit 1,5 Mio. Datensätzen pro Jahr. Es würde vor allem bei den Leistungserbringern, die diese Daten erfassen müssen, ein sehr hoher Aufwand entstehen, aber auch bei den verarbeitenden kantonalen und Bundesstellen. Diese Kosten müssten letztlich die Steuer- und Prämienzahler begleichen. Jedoch konnte der konkrete Nutzen der Erhebung bisher nicht aufgezeigt werden.
- *Keine wirksame Anonymisierung*: Das beschriebene Vorgehen garantiert in keiner Weise eine Anonymisierung der Patientendaten. Art. 22a KVG nennt Angaben über «Anzahl und Struktur der Patientinnen und Patienten in anonymisierter Form» und garantiert dem Bürger im Zusammenhang mit der Statistik – nota bene im Unterschied zur früheren Fassung von Art. 30 KVV – ausdrücklich Anonymität [4]. Die Leistungserbringer dürfen aufgrund des klaren Wortlauts keine personenbezogenen Einzeldaten liefern, die Rückschlüsse auf die Personen zulassen oder gar mit einem eindeutigen Identifikator versehen sind [5]. Zu melden sind aufgrund von Art. 22a KVG beispielsweise «20 COPD-Fälle». Unzulässig sind hingegen Meldungen wie «bei Patient X wurde COPD diagnostiziert, zudem leidet er an Diabetes, ist alkoholsüchtig und inkontinent.»
- *Die Zielsetzung und Fragestellungen* sind für die Konzeptionierung einer solchen Erhebung viel zu unpräzise formuliert. Das Krankenversicherungsgesetz verlangt Daten, um die «Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen zu überwachen» [1] – nicht mehr, aber auch nicht weniger. Auf diese konkrete, im Gesetz festgehaltene Zielformulierung wird im Konzept zu wenig ein-

gegangen. Am Beispiel der Erhebung der Qualitätsindikatoren wird klar ersichtlich, dass ein Konzept fehlt, welches aufzeigt, wie man mit den erhobenen Daten die Zielsetzungen und Fragestellungen erreichen könnte (Proof of concept). Im Übrigen sind für die Bestimmung der Qualitätsindikatoren nicht alle gemäss Konzept zu erhebenden Daten erforderlich.

### Schlussfolgerungen

Die FMH ist überzeugt, dass das Schweizer Gesundheitswesen verlässliche und methodisch korrekt erhobene Daten benötigt, sei es beispielsweise für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung der Schweizer Bevölkerung oder für die Planung der Aus- und Weiterbildung der Ärzteschaft. Die Datensammlung darf jedoch nicht ohne klaren Auftrag des Gesetzgebers die Schaffung eines Gesundheitslebenslaufs von der Wiege bis zur Bahre ermöglichen, dem der Patient nur durch Behandlung im Ausland entgehen könnte. Damit würde das Arzt- bzw. Patientengeheimnis – sogar für Selbstzahler! – faktisch aufgehoben. Dies darf nicht geschehen. Die

FMH setzt sich im Dialog mit den zuständigen Stellen für eine Gesundheitsstatistik ein, die die nötigen Planungsgrundlagen sicherstellt und gleichzeitig die Anonymität der Patienten zuverlässig garantiert.

### Literatur

- 1 Art. 22a Abs.1 KVG.
- 2 Kraft E. Art. 22a KVG: Fluch oder Segen; Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(36):1367-9.
- 3 MARS: Modules Ambulatoires des Relevés sur la Santé, Version 1.0, Juni 2012.
- 4 «Diese [Angaben] sollen ein Bild über die Tätigkeit der Leistungserbringer ermöglichen, indem sowohl die Infrastruktur bzw. die Aus- und Weiterbildung wie auch die erbrachten Leistungen und die dabei entstehenden Kosten anzugeben sind, ohne dabei die Anonymität der Patientinnen und Patienten in Frage zu stellen.» Botschaft KVG-Revision Spitalfinanzierung, BBl. 2004. S. 5573.
- 5 Wenn nur genügend Daten gesammelt werden, ist es auch bei pseudonymisierten Daten einfach, die betroffene Person herauszufinden. Deshalb sieht Art. 22a KVG zu Recht nur Angaben über die Patientenstruktur und nicht über einzelne Patienten vor.

## In memoriam Gret Nicole-Gisler



Dr. med. Gret Nicole-Gisler (20.7.1913–23.6.2012)

Am 23.6.2012 verstarb in Basel Frau Dr. med. Gret Nicole-Gisler, kurz vor ihrem 99. Geburtstag. Ihr Leben war bis in die letzten Tage erfüllt von aktiv erlebter Kunst und Kultur, Leidenschaft für Musik und Literatur und herzlicher Gastfreundschaft.

\*

Das Leben von Gret Nicole-Gisler umspannt ein Spektrum von Begabungen und Fähigkeiten: geboren 1913 und aufgewachsen in Rorschach und St. Gallen, ergriff sie – nach einer aus gesundheitlichen Gründen abgebrochenen Ausbildung in Gesang – das Studium der Medizin, das sie nach Wien, Genf und Basel führte.

Bahnbrechend in der damaligen Zeit war ihre Ausbildung zur Chirurgin. Während des 2. Weltkriegs

leitete sie während 2 Jahren die Chirurgische Abteilung des Kinderspitals Basel. Nach ihrer Verheiratung mit dem Chirurgen Prof. Robert Nicole verliess sie ihre leitende Stelle und setzte ihre ganze Energie in den Aufbau einer modernen Schule für Säuglingschwestern am Bethesdaspital ein. Später eröffnete sie eine chirurgische Praxis an der Socinstrasse und operierte an verschiedenen Basler Spitälern. Sie war eine äusserst erfolgreiche, von ihren Patienten hoch geschätzte Chirurgin, beherrschte sowohl die Kunst des scharfen Messers als auch die umfassende, ärztliche Betreuung ihrer Patienten. Psychologisches Verständnis und die eigene, komplexe Lebenserfahrung befähigten sie zu engagierter Betrachtung und distanzierter Beurteilung.

Gret Nicole beeindruckte durch Bestimmtheit, Offenheit für andere Menschen und Probleme, aber auch Verschwiegenheit. Sie lebte in einem grossen Freundeskreis, den sie mit ihrem vifen Geist bereicherte, manchmal hinterfragte, aber immer stützte. Familie und Freunde verlieren mit ihrem Hinschied einen Menschen von seltener Ausstrahlung, Sensibilität, scharfer Beobachtungsgabe und Mut zu Aktion und eindeutigem Urteil, einen anregenden Gesprächspartner und weisen Ratgeber.

\*

Familie und Freunde gedenken Gret Nicole-Gisler in Respekt für ihre ärztliche Leistung und in Dankbarkeit für das über Jahrzehnte Empfangene. Gret Nicole bleibt uns ein Vorbild durch ihre vitale Persönlichkeit, ihren Verantwortungssinn und Gestaltungswillen, aber auch ihr Arbeitsethos, ihre Gradlinigkeit und persönliche Bescheidenheit. Mit ihrer Person gab sie uns Richtung und ermunterte zu Verantwortung und Aktivität.

*Dr. med. Dieter Scholer, Bottmingen*



# Personalien

## Todesfälle / Décès / Decessi

*Catherine Nussbaumer* (1959), † 25. 4. 2012  
3047 Bremgarten b. Bern

*Hans Schnyder* (1923), † 19. 6. 2012  
Facharzt für Allgemeine Innere Medizin,  
8053 Zürich

*Jakob Andrea Honegger* (1950), † 26. 6. 2012  
Facharzt für Allgemeine Innere Medizin,  
5621 Zufikon

*Danielle Herrenschwand-Wägli* (1954), † 1. 7. 2012  
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie,  
3011 Bern

*Alphons Birchler* (1937), † 6. 7. 2012  
Spécialiste en neurologie,  
1257 La Croix-de-Rozon

## Praxiseröffnung / Nouveaux cabinets médicaux / Nuovi studi medici

### BL

*Marc Stöckli*, Praktischer Arzt und Facharzt für  
Allgemeine Innere Medizin, Ermitagestrasse 9,  
4144 Arlesheim

*Kristina Stöckli*, Fachärztin für Allgemeine Innere  
Medizin, Ermitagestrasse 9, 4144 Arlesheim

### BS

*Catherine Szente*, Fachärztin für Kinder-  
und Jugendmedizin, Dreilandpraxis,  
Klybeckstrasse 246, 4057 Basel

### FR

*Kourosch Zahedi*, Spécialiste en médecine interne  
générale, 5, route du Postillon, 1784 Courtepin

### SG

*Michael Sauter*, Praktischer Arzt und Facharzt  
für Allgemeine Innere Medizin,  
Auwiesenstrasse 43a, 9030 Abtwil SG

### TI

*Massimo Rosati*, Spécialiste en neurochirurgie,  
Via Besso 41, 6900 Lugano

### VD

*Pascal Nicod*, Spécialiste en cardiologie,  
Spécialiste en médecine intensive et  
Spécialiste en médecine interne générale,  
5, chemin des Croix-Rouges, 1007 Lausanne

### ZG

*Abolghassem Sepelrnia*, Facharzt für Neurochir-  
urgie, Hypnocare, Rigistrasse 1, 6330 Cham

### ZH

*Enrico Angelo Gut*, Facharzt für Psychiatrie und  
Psychotherapie, Kasernenstrasse 24, 8180 Bülach

*Bettina Joos*, Fachärztin für Allgemeine Innere  
Medizin, Permanence Hauptbahnhof,  
Bahnhofplatz 15, 8001 Zürich

*Jana Kocurova Kadorik*, Fachärztin für Psychia-  
trie und Psychotherapie, Rebbergstrasse 67,  
8102 Oberengstringen

*Oliver Christian Kellner*, Facharzt für Neurologie  
und Facharzt für Psychiatrie und Psychothera-  
pie, Kasernenstrasse 24, 8180 Bülach

*Marco Strassner*, Facharzt für Allgemeine Innere  
Medizin, Obermattenstrasse 7, 8153 Rümlang

## Ärztegesellschaft des Kantons Bern

### Ärztlicher Bezirksverein Bern Regio

Zur Aufnahme als ordentliche Mitglieder haben  
sich angemeldet:

*Alessandro Santi*, Facharzt für Gynäkologie,  
Geburtshilfe, gynäkologische Endokrinologie  
und Reproduktionsmedizin FMH, Lindenhof-  
spital, Bremgartenstrasse 117, 3012 Bern

*Albrecht Schönenfelder*, Facharzt für Innere Medi-  
zin und Kardiologie FMH, Notfallzentrum Lin-  
denhofspital, Bremgartenstrasse 117, 3012 Bern

*Maziar Shafiqhi*, Facharzt für Plastische Wieder-  
herstellungs- und ästhetische Chirurgie FMH,  
Mettlengässli 4, 3074 Muri b. Bern

Einsprachen gegen diese Vorhaben müssen  
innerhalb 14 Tagen seit dieser Veröffentlichung  
schriftlich und begründet beim Präsidenten des  
Ärztlichen Bezirksvereins Bern Regio eingereicht  
werden. Nach Ablauf der Einsprachefrist ent-  
scheidet der Vorstand über die Aufnahme der  
Gesuche und über die allfälligen Einsprachen.

## Ärztegesellschaft des Kantons Luzern

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft Sektion  
Stadt hat sich gemeldet:

*Gerhard Wochner*, Facharzt für Allgemeine In-  
nere Medizin sowie Kardiologie, c/o Praxis Dr.  
med. Gudrun Neises, Morgartenstrasse 17,  
6003 Luzern

Einsprachen sind innert 20 Tagen zu richten  
an das Sekretariat, Schwanenplatz 7, 6004 Lu-  
zern (Fax 041 410 80 60).

### Ärztegesellschaft des Kantons Schwyz

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

*Aysun Duran*, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe FMH. Selbständige Tätigkeit in Praxis Frau Dr. Djanschahi in Lachen.

*Peter Toth*, Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe. Ärztezentrum Reichenburg AG.

Einsprachen gegen diese Aufnahmen richten Sie schriftlich innert 20 Tagen an Dr. med. Hugo Brunner, Dorfstrasse 14, 6417 Sattel.

### Ärztegesellschaft Thurgau

Zum Eintritt in die Ärztegesellschaft Thurgau hat sich gemeldet:

*Parviz Naji*, Facharzt für Anästhesiologie und Schmerztherapie FMH, Kreuzlingen

*Urs Streckeisen*, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, Egnach

Einsprachen gegen die Aufnahmen sind innerhalb von 10 Tagen seit der Publikation beim unterzeichneten Sekretariat schriftlich zu erheben.

### Preise / Prix

#### Schweizerische Gesellschaft für Klinische Pharmakologie und Toxikologie

Die Schweizerische Gesellschaft für Klinische Pharmakologie und Toxikologie (SGKPT) hat ihren diesjährigen Young Scientist Award in der Höhe von 1000 CHF an Frau Dr. *Kuntheavy Ing Lorenzini*, Ph.D., Genf, für ihre Arbeit «Aspects pharmacodynamiques et pharmacocinétiques d'une combinaison de paracétamol et d'AINS» vergeben. Die Gesellschaft gratuliert Frau Ing Lorenzini zu diesem Erfolg.

#### Zollikofer-Preis 2012

Der Zollikofer-Preis 2012 wurde vergeben an *M. Adamina, B. J. Champagne, L. Hoffman, M. B. Ermlich, C. P. Delaney*, St. Gallen, Switzerland und Cleveland, Ohio, USA, für ihre Publikation «Randomized clinical trial comparing the cost and effectiveness of bipolar vessel sealers versus clips and vascular staplers for laparoscopic colorectal resection», *British Journal of Surgery*. 2011; 98:1703–12.

#### Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe / Bayer-Schering

Die Departments of Obstetrics and Gynecology und Clinical Research, University of Bern, Bern, Switzerland, geben bekannt: Der Preis für die beste wissenschaftliche Arbeit im Gebiet Gynäkologie und Geburtshilfe, verliehen durch die Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe sowie Bayer-Schering, geht an *Martin Müller, Andreina Schoeberlein, Marianne Messerli, Ursula Reinhart, Daniel V. Surbek* für ihre Arbeit «Early intracranial mesenchymal stem cell therapy after perinatal rat brain damage».

## Managementausbildung für Ärzte – Segen oder Fluch?

# Der Arzt ist heute auch ein Manager

Ärzte, die Karriere im Spital oder in einer Praxis machen wollen, müssen in zunehmendem Masse unternehmerische Aufgaben wahrnehmen. Hierfür werden sie während des Studiums jedoch kaum ausgebildet. Die SGIM bietet jetzt in Zusammenarbeit mit der Hochschule für Wirtschaft FHNW eine Managementausbildung «CAS Management of Medical Units» an.

Volker Bernhard Schulte<sup>a</sup>,  
Lukas Zemp<sup>b</sup>

a Prof. Dr., Head Competence  
Center Health Management,  
Hochschule für Wirtschaft  
FHNW

b Generalsekretär/Geschäfts-  
stellenleiter Schweizerische  
Gesellschaft für Allgemeine  
Innere Medizin (SGIM)

*Was waren das noch für Zeiten, als sich der Arzt mit geringem bürokratischem Aufwand voll auf seine konsiliari-  
schen Tätigkeiten konzentrieren konnte. Heute müssen  
Ärzte, die Karriere im Spital, in einer Gemeinschafts-  
praxis oder in einer eigenen Praxis machen wollen, in  
zunehmendem Masse unternehmerische Aufgaben wahr-  
nehmen. Diese haben mit Medizin oft wenig oder nichts  
zu tun. Massgeschneiderte Managementausbildungen  
helfen, zusätzliche Orientierung sowie den nötigen Durch-  
blick im zunehmend komplexeren und interdisziplinären  
ärztlichen Arbeitsumfeld zu schaffen.*

Tarifdschängel, juristische und wirtschaftliche Restriktionen vergällen vielen Medizinern die Freude an ihrem Beruf sowie ihrem beruflichen Alltag. Zunehmend sind neben ihrer medizinischen Kern- und Fachkompetenz auch Management- und Führungskompetenzen gefordert. Die Ärzte sehen sich mit einem ernsthaften Dilemma konfrontiert: Während des Studiums erlernen sie vorrangig medizinisches Wissen und Fähigkeiten im Umgang mit dem Patienten. Doch all das, was heute unter Führung und Management subsumiert wird, fehlt den Ärzten in der Regel völlig oder kann nur mit grossem persönlichem und finanziellem Aufwand neben dem intensiven und fordernden Arbeitsalltag im ambulanten Bereich oder im Spital erworben werden. Zusehends sind aber gerade diese Qualitäten gefragt, um als Kader im Spital, in der Gruppenpraxis oder als «freier Unternehmer» in der Hausarztpraxis bestehen zu können. Von dieser Entwicklung sind oft auch das unmittelbare berufliche Umfeld der Ärzte sowie das medizinische Kaderpersonal betroffen. Hilft hier nur noch resignatives Kopfschütteln weiter?

### Managementmangel beheben – Freiraum schaffen

Die grossen Spitäler versuchen bereits, vermehrt Managementkompetenzen z.T. mit externen Anbietern zusammen zu vermitteln. Bei den kleineren Spitalern wie auch im ambulanten Bereich stecken

systematische Managementausbildungen für Ärztinnen und Ärzte sowie medizinisches Kaderpersonal noch in den Anfängen. Mediziner sind heute bereits eine «Mangelware». Aber auch medizinisches Personal fehlt zunehmend. Zugleich nehmen Management- und Führungsaufgaben parallel zur hierarchischen Stufe bei beiden Berufsgruppen rapide zu und können zur beruflichen und persönlichen Überforderung der Betroffenen führen. Im Gegensatz zu anderen Branchen der Privatwirtschaft weisen Ärzte in Führungspositionen selten betriebswirtschaftliche Kenntnisse auf. Befördert werden die Ärzte oft wegen ihres fachlichen Know-hows. Wenn sie dann Führungsaufgaben übernehmen, fehlt die Managementausbildung und -erfahrung. Je besser jedoch die Mediziner in Führungs- und Managementfähigkeiten geschult sind, umso besser und effizienter können sie sich auch auf ihr Kerngeschäft konzentrieren und sich unnötigen Frust und Ärger ersparen. Ein gutes Management ist ein möglicher, wichtiger Baustein für mehr beruflichen und persönlichen Freiraum im medizinischen Alltag.

### Zentrale Elemente eines guten Managements

Doch was heisst Management konkret? Welche unternehmerischen Fertigkeiten muss ein Arzt heute erlernen?

#### Personalführung

Diese wird praktiziert durch das nachhaltige Management. Im Zentrum aller Aktivitäten und Bemühungen zur erfolgreichen Führung stehen das unternehmerische Denken, das eigenverantwortliche Handeln, die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit der Mitarbeitenden. Wie gehe ich mit meinem Personal um? Hat es Entwicklungsmöglichkeiten? Wie kann ich mein Personal motivieren? Warum ist Teamarbeit so wichtig?

#### Entrepreneurship

Diese weitere Kernkompetenz bedeutet, Marktchancen zu erkennen, neue Geschäftsideen und Ge-

Korrespondenz:  
SGIM Schweizerische  
Gesellschaft für Allgemeine  
Innere Medizin  
Postfach 422  
CH-4008 Basel  
Tel. 061 225 93 30  
Fax 061 225 93 31

schäftsmodelle zu finden und diese geplant und erfolgreich am Markt einzuführen und umzusetzen.

#### Organisationsentwicklung

Führungskräfte müssen auf dem neusten Stand des Wissens in Fragen der nachhaltigen Organisationsentwicklung (OE) sein. Jede organisatorische Einheit unterliegt heute einem ständigen Wandel. Personal kommt und geht, das Kleinunternehmen Arztpraxis wie auch eine Spitaleinheit müssen sich auf neue Kundenwünsche und Dienstleistungen einstel-

ihre Führungsfunktion verantwortungsvoll und erfolgreich wahrnehmen zu können. Dazu gehören neben eigentlichen «hard facts»-Themen auch «soft skills»-Fragestellungen, wie Führung, erfolgreiche Unternehmenskultur, Wirtschaftsethik, Projektmanagement, Personalführung, interne Kommunikation, Konfliktmanagement, Stressmanagement und Teambildung sowie Finanzmanagement und Marketing. Abgerundet wird der Kurs mit dem Erwerb der notwendigen Grundlagen und Erkenntnisse, um das schweizerische Gesundheits- und Versorgungssystem

## Teilnehmende gewinnen wesentliches Managementwissen in betriebswirtschaftlichen Disziplinen, um Führungsfunktion verantwortungsvoll und erfolgreich wahrnehmen zu können.

len. Dafür braucht es einen kontrolliert geführten sozialen Wandel in der Organisation selber, um bewusst und gezielt geplante Veränderungen herbeizuführen.

#### Managementausbildung für Ärzte – planbarer Aufwand und grosser Nutzen

Doch wie kann ein Arzt, eine Ärztin oder medizinisches Kaderpersonal all diese Fertigkeiten erlernen und anwenden? Die Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGIM) bietet in Zusammenarbeit mit der Hochschule für Wirtschaft FHNW ab April bis August 2013 in Olten einen massgeschneiderten Zertifikatskurs «CAS Management of Medical Units» (CAS = Certificate of Advanced Studies) für Ärzte sowie medizinisches Kaderpersonal an. Beim neuen Fortbildungsangebot der SGIM handelt es sich für 2013 um ein Pilotprojekt in der deutschen Schweiz und vor allem in deutscher Sprache. Dieses baut auf den Elementen eines bewährten international angebotenen Executive Master in Business Administration EMBA der Hochschule für Wirtschaft FHNW auf und orientiert sich gleichzeitig an den spezifischen Bedürfnissen von Ärzten in Ambulanz und Spital. Der neue CAS integriert allgemeine betriebswirtschaftliche Kenntnisse mit spezifischen Themen des Gesundheitsmanagements. Die Teilnehmenden gewinnen das wesentliche Managementwissen in den wichtigsten betriebswirtschaftlichen Disziplinen, um

sowie die schweizerische Gesundheitspolitik zu verstehen und das Erlernte in ihrem beruflichen Kontext rasch und erfolgreich anzuwenden und sich Freiraum für das Eigentliche und Zentrale im Arztberuf, die medizinische Herausforderung und den Kontakt mit den Patienten, zu schaffen.

Die offizielle Lancierung der in der Schweiz einzigartigen und neuen Managementausbildung «CAS Management of Medical Units» der SGIM in Zusammenarbeit mit der Hochschule für Wirtschaft FHNW erfolgte an der Jahresversammlung 2012 der SGIM vom 23.–25. Mai 2012 in Basel.

Die erfolgreichen Absolventen des neuen Zertifikatskurses erhalten 15 ECTS-Punkte. ECTS (European Credit Transfer and Accumulation System) ist ein System zur Förderung von Transparenz zwischen europäischen Bildungssystemen. Zudem sind pro Jahr 25 SIWF-Credits im Rahmen

der erweiterten Fortbildung anrechenbar, total innerhalb einer Fortbildungsperiode von drei Jahren maximal 75 SIWF-Credits für erweiterte Fortbildung.

Zusätzliche Informationen sind zu finden unter: [www.fhnw.ch/wirtschaft/weiterbildung/cas](http://www.fhnw.ch/wirtschaft/weiterbildung/cas) oder [www.sgim.ch/veranstaltung](http://www.sgim.ch/veranstaltung)

#### Literatur

Frodl A. *BWL für Mediziner*. Berlin; 2008.

Hugentobler W, Schaufelbühl et al. *Integrale Betriebswirtschaftslehre*. Zürich; 2012.



Unternehmerische Fertigkeiten, die ein Arzt heute für erfolgreiches Management benötigt.

# Solothurn: erster Kanton mit einheitlichem Betreuungsplan für Schwerkranke

Der Verein «palliative so» führt gemeinsam mit der Gesellschaft der Ärztinnen und Ärzte und der Solothurner Spitäler AG mit Unterstützung des Kantons sowie der Ärztekasse den neu entwickelten Betreuungsplan für Palliative-Care-Patienten ein. Dank dieses Instruments soll die Behandlungskette bei unheilbar- und schwerkranken Menschen nicht reissen.

Christoph Cina

Präsident palliative so

Palliative Care bietet eine bestmögliche Lebensqualität bis zum natürlichen Tod. Dazu gehört, dass Schmerzen und andere Leiden gelindert werden, und dass Betroffene und Angehörige individuell begleitet werden. Es bedeutet auch, dass ein stabiles Netzwerk von Fachpersonen, Freiwilligen und Angehörigen eine nahtlose Versorgung am Lebensende gewährleistet. Patientinnen und Patienten mit schweren, unheilbaren Krankheiten am Lebensende erleben jedoch oft mehrere Übergänge von einer Institution in die andere und auch wieder zurück nach Hause. Dabei können Lücken in der Behandlungskette entstehen. Um dies zu vermeiden, hat «Palliative Solothurn» einen Betreuungsplan entwickelt.

## Elektronische Aufbereitung der Krankengeschichte am Lebensende

Die Informationsmenge und Komplexität der Krankengeschichte von Menschen in ihrer letzten Lebensphase kann ohne eine strukturierte elektronische Erfassung in Zukunft nicht mehr bewältigt werden. Der Betreuungsplan des Kantons Solothurn wurde als Basisdokument für die interdisziplinäre Betreuung von Patientinnen und Patienten entwickelt und er basiert auf Konsens. Der Kanton Solothurn ist somit schweizweit der erste, der ein einheitliches Arbeitsinstrument bei Palliative-Care-Patientinnen und -Patienten einsetzt.

verändert werden. Spitäler und Hausärzte des Kantons Solothurns haben in einer Testphase mit dem Betreuungsplan und dem Online-Patientendossier gearbeitet. Damit erproben sie ein zukunftsweisendes Schnittstellenmanagement. Das Online-Patientendossier ermöglicht eine elektronische Führung der Krankengeschichte, bei der unter anderem Pflegeberichte, ein Medikamentenplan und ein Kommunikationstool integriert sind. Der Betreuungsplan kann als Basisdokument unabhängig vom Online-Patientendossier ausgedruckt oder in eine Praxis- bzw. Spital-Krankengeschichte integriert werden.

## Vorteile des Online-Betreuungsplans

Durch die Erfassung der vorhandenen und vermutlich sich einstellenden Beschwerden wird ein Betreuungs- und Behandlungskonzept in interprofessioneller Zusammenarbeit mit der Patientin, dem Patienten und allen Betroffenen erarbeitet. Der Medikamentenplan soll regelmässig überwacht und angepasst werden. Unnötige Medikamente werden abgesetzt. Fragen wie die Gabe von Antibiotika, Reanimation, künstliche Beatmung, Transfusion usw. werden vorausschauend vom Betreuungsteam unter Einbezug der Patientin, des Patienten behandelt.

Unnötige Spitalaufenthalte oder erneute Spitalaufenthalte und Doppelspurigkeiten können vermieden werden, was in gewissen Fällen dazu beitragen kann, Kosten und Ressourcen zu sparen.

## Der Betreuungsplan wurde als Basisdokument für die interdisziplinäre Betreuung von Patienten entwickelt und er basiert auf Konsens.

Korrespondenz:

Dr. med. Christoph Cina  
Präsident palliative so  
Hauptstrasse 16  
CH-3254 Messen  
Tel. 031 765 52 26

christoph.cina[at]hin.ch

Der Betreuungsplan wird in einem elektronischen Patientendossier abgelegt. Die Datenhoheit bleibt selbstverständlich bei den Patienten. Sie bestimmen, wer Einsicht in den Betreuungsplan nehmen darf. Entscheidungen können jederzeit widerrufen oder

## Verschiedene Situationen – ein Betreuungsplan

Im Betreuungsplan werden wichtige Fragen am Lebensende angesprochen und geklärt, der Patientenwille wird respektiert. Drei Beispiele zeigen, dass



Der Betreuungsplan gewährleistet, dass ein stabiles Netzwerk von Fachpersonen, Freiwilligen und Angehörigen eine nahtlose Versorgung am Lebensende gewährleistet.

der Betreuungsplan in ganz verschiedenen Situationen zum Einsatz kommen kann.

Der 60-jährige Herr B. meldet sich wegen Schluckbeschwerden bei seinem Hausarzt. Die medizinischen Abklärungen ergeben die Diagnose eines Adenokarzinoms im gastro-oesophagealen Übergang. Herr B. wird operiert, anschliessend radio- und chemotherapiert. Nach einer praktisch beschwerde-

rung. Sie wird von verschiedenen Fachspezialisten intensiv betreut. Ihre terminale Niereninsuffizienz mit Dialyse und ihr Diabetes mellitus erfordert wiederholte Spitalaufenthalte. Während ihrer letzten Hospitalisation wurde die Diagnose eines nicht kurativen Krebsleidens gestellt. Frau C. wünscht, ihre letzte Lebensphase daheim zu verbringen. Nach Rücksprache mit dem Hausarzt wird der Betreuungsplan im Spital ausgefüllt und die Patientin wird nach Hause entlassen. Der ausgefüllte Betreuungsplan bildet die Basis für die weitere Betreuung zu Hause. Frau C. stirbt daheim in Anwesenheit ihrer Angehörigen.

Die zunehmend pflegebedürftige, demente 90-jährige Frau G. tritt ins Altersheim ein. Zusammen mit der Patientin, ihrer Tochter, dem Hausarzt und der Pflege wird der Betreuungsplan ausgefüllt. Damit wird gewährleistet, dass der Wille der Patientin, die ihre Tochter als Bezugsperson bezeichnet, respektiert wird und die zu erwartenden Symptome und deren Behandlung vorausschauend diskutiert werden. Durch die Klarheit der Angaben werden unnötige Hospitalisationen vermieden und dem Notfallarzt eine Entscheidungshilfe gegeben.

### Selbstbestimmung am Lebensende

Der Betreuungsplan ist ein Arbeitsinstrument, das hilft, Wünsche von Patientinnen und Patienten direkt anzusprechen. Nicht selten werden in einer kurativ orientierten Medizin schwerkranke Patienten gar nicht oder nur oberflächlich zu ihren Erwartungen gefragt. Deshalb beinhaltet der Betreuungs-

## Der Betreuungsplan beinhaltet neben medizinischen auch psychologische, soziale und spirituelle Aspekte.

freien Phase kommt es zu einem Rezidiv mit erneuten Schluckstörungen und Bauchschmerzen. Gemeinsam mit den Angehörigen wird der Betreuungsplan in der Hausarztpraxis besprochen, schriftlich festgehalten und dem Patienten ausgehändigt. Der Betreuungsplan begleitet den Patienten bei den wiederholten Hospitalisationen. Herr B. verstirbt im Spital in Anwesenheit seiner Angehörigen. Es war sein ausdrücklicher Wille, seine letzten Tage im Spital zu verbringen.

Frau C. ist eine 30-jährige Frau mit einer komplexen Leidensgeschichte mit körperlicher Behinde-

plan neben den medizinischen auch psychologische, soziale und spirituelle Aspekte. Er schafft die Voraussetzung für einen respektvollen Umgang, der bei allen Beteiligten wesentlich zur Verbesserung der Lebensqualität am Lebensende beiträgt.

Will man Palliative Care besser im Gesundheitswesen verankern, ist ein gut funktionierendes Schnittstellenmanagement eine notwendige Voraussetzung, was auch im Sinne der Nationalen Strategie Palliative Care 2010–2012 ist. Die Nationale Strategie Palliative Care wird auch nach dem Jahr 2012 weitergeführt.

# Briefe an die SÄZ



## Hepatitis-C-Medikamente: Limitatio ist zu überdenken

### Zum Artikel von Philip Bruggmann [1]

Lieber Herr Bruggmann, wir gratulieren Ihnen zu Ihrem guten Artikel über die Verschreibungslimitation der beiden neuen Hepatitis-C-Medikamente. Es ist zu hoffen, dass das BAG seinen Entscheid nochmals überdenkt und damit in Zukunft auch sozialen Randgruppen eine optimale Therapie ermöglicht.

*Im Namen des Vorstandes  
von Hausärzte Schweiz  
Franziska Zogg*

- 1 Bruggmann P. Kurzfristige Wirtschaftlichkeit als Leitmaxime. Schweiz Ärztezeitung. 2012;93(27/28):1062-4.



## Erweiterung der Pflichtlagervorschriften für Medikamente? – Geiz ist nicht geil!

### Zum Beitrag von Thomas Cerny und Dieter Conen [1]

Eindrücklich schildern die Autoren die Folgen von Medikamenten-Lieferunterbrüchen in der Onkologie. In diesem Fachgebiet sind die unmittelbaren vitalen Konsequenzen von fehlenden Produkten evident. Es kann davon ausgegangen werden, dass ohne wirksame Intervention auch andere medizinische Fachgebiete früher oder später von Diskontinuität der Versorgung betroffen sein werden. Im Fach der Psychopharmakotherapie sind im laufenden Jahr mehrmalige und mehrere Monate dauernde Lieferunterbrüche aufgefallen. Die vitale Gefährdung ist in der Psychiatrie nicht gleich kritisch wie in der Onkologie, jedoch verursacht hier bereits der Wechsel vom Präparat A auf ein Präparat B mit demselben Wirkstoff eine Verunsicherung bei den Patienten und damit eine Gefährdung der Compliance und ein entsprechend vermehrtes Rezidivrisiko mit allen Konsequenzen.

Offensichtlich sind die Lieferunterbrüche Folge von Kostendruck, Monopolisierung und Globalisierung von Produktion und Handel. Wenn diese Prinzipien auf allgemeine Konsumgüter angewendet werden, so wird das in der Werbung erfolgreich mit dem Slogan «Geiz ist geil» angepriesen. Aus der Übertragung dieser Maxime auf den Handel mit Pharmaka ist die heutige Misere entstanden – indem das Kosten- und Renditeprinzip weit über das Primat der Versorgungssicherheit gestellt wurde.

Es wäre aufgrund der heute beklagten Situation zu prüfen, ob in Zukunft eine grössere Anzahl von Substanzen und Präparaten der eidgenössischen Verordnung über die Pflichtlagerhaltung von Arzneimitteln vom 6.7.1983 unterstellt werden soll. Es ist auch darüber nachzudenken, ob die Pflichtlagerhaltung im Rahmen der Zulassung von Generika zu fordern sei, um dem Kosten- und Gewinnprinzip einen Riegel zu schieben und auch spekulative Strategien zu unterbinden. Behördlicher und gesetzgeberischer Druck wird meines Erachtens tatsächlich nötig sein, um die früher vermeintlich selbstverständliche Liefersicherheit wiederherzustellen!

*Dr. med. Robert Knecht, Effretikon*

- 1 Cerny T, Conen D. Medikamentenmangel im Pharamland Schweiz. Schweiz Ärztezeitung. 2012;93(27/28):1050-1.



## Offener Brief zur Problematik des Eignungstestes EMS im Zusammenhang mit dem Hausärztemangel

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset  
Sehr geehrte Mitglieder der Trägerschaft des Masterplans «Hausarztmedizin und medizinische Grundversorgung»

Zuerst einmal ganz herzlichen Dank dafür, dass Sie sich darum bemühen, die Allgemeinmedizin zu erhalten und zu stärken. Bei den bisher geplanten Massnahmen vermisste ich vor allem einen Problemerkis. Es ist dies die Auswahl der möglicherweise zur Ausübung der Allgemeinmedizin geeigneten Personen. Ich denke, dass Hausärztinnen und Hausärzte vor allem eine hohe Sozialkompetenz, viel Empathie, einen offenen Geist und die Bereitschaft zum Zuhören mitbringen müssen. Die grundsätzliche

Befähigung, ein Medizinstudium zu bestreiten und die geforderte klinische Weiterbildung zu absolvieren, setze ich voraus.

Nun ist aber der Zulassungstest zum Medizinstudium so angelegt, dass die genannten Eigenschaften in keiner Weise berücksichtigt werden. Meiner Ansicht nach nehmen deshalb zumindest teilweise die falschen Leute das Medizinstudium in Angriff. Das zeigt sich bei den Berufswünschen der Studierenden, von denen nur 10% in die medizinische Grundversorgung gehen wollen. Es mag stimmen, dass seit der Einführung des Eignungstests die Zahl derjenigen, welche das Medizinstudium mit Erfolg abschliessen, erhöht werden konnte. Aber welchen Nutzen hat die Gesellschaft, wenn die «falschen» Leute das Studium beenden und andere, welche möglicherweise für Fächer wie Allgemeinmedizin und Psychiatrie sehr wohl geeignet wären, bereits an dem einseitig angelegten Test scheitern?

Ich denke, dass der aktuelle Mangel an Jungärztinnen und -ärzten in den genannten Fächern zumindest teilweise dem herrschenden Auswahlverfahren angelastet werden muss. Ich bin überzeugt, dass diese falschen Weichenstellungen auch mit noch so gutgemeinten Korrekturmassnahmen nicht kompensiert werden können. Ausserdem bin ich nicht der Meinung, dass der Test geeignet ist, die wirklich guten Leute zuverlässig zu selektionieren.

Lassen sie mich ein konkretes Beispiel anführen: Eine Maturandin hat im Sommer 2011 ihre Matura am Gymnasium Köniz-Lerbermatt mit einem Notenschnitt von 5,65 als Drittbeste ihres Jahrganges, d. h. von ca. 240 Maturandininnen, abgeschlossen. Für diese ausserordentliche Leistung erhielt sie ebenso einen Preis wie für ihre hervorragende Maturaarbeit. Diese doppelt preisgekrönte Frau bestand den Zulassungstest zum Medizinstudium eine Woche nach bestandener Matura nicht. Den Probelauf einige Monate zuvor hatte sie bestanden. Sie, deren Leistung wohl überall im Ausland zum direkten Zugang an eine Elite-Universität gereicht hätte, wird bei uns nicht zum Medizinstudium zugelassen. Es kann doch nicht sein, dass wir einen Teil unserer besten Leute, welche während Jahren konstant ausgezeichnete Leistungen in allen Fächern erbracht haben, als Folge eines einzigen einseitig ausgelegten Testes über die Klinge springen lassen!?

Ich möchte Sie folglich dringend darum bitten, dieses zumindest in Bezug auf die Auswahl von zukünftigen Allgemeinmedizinerinnen und Psychiatern unzweckmässige Zulassungsverfahren zu

überprüfen. Ausserdem möchte ich Sie darum bitten, allenfalls zusätzlich zum Medizinstudium zuzulassende Studentinnen und Studenten nicht via Lockerung des aktuellen Zulassungstests auszuwählen, sondern aus dem Fundus der bisher abgelehnten, jedoch ausgezeichnete Maturazeugnisse aufweisenden jungen Leute zu schöpfen. Ein Potential, welches sich unsere Gesellschaft nicht entgehen lassen sollte.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen allen viel Erfolg bei der Realisierung der Rettungsbemühungen zugunsten unserer medizinischen Grundversorgung.

*Dr. med. Martin Zingg, Hinterkappelen*



### Passivrauchen oder Wissenschaft ist Bschissenschaft

Als Nichtraucher, aber wissenschaftlich und politisch interessierter, kritischer und skeptischer Bürger ist mir ein ausgezeichnetes Buch: «Passivrauchen – Götterdämmerung der Wissenschaft» von Prof. Romano Grieshaber [1] (Ingenieur und Mediziner), früher Leiter der Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gaststätten (BGN) und Professor an der Friedrich Schiller-Universität in Jena, in die Hände gekommen. Ich empfehle dieses Buch wärmstens allen, die eine fundierte Arbeit über Passivrauchen lesen möchten.

Insbesondere z. B.

- Kellner und Passivrauchen (weitüberwiegende Mehrheit keine Zunahme von tabakrauchbedingten Krankheiten)!
- Nebulöser Herzinfarkt nach Rauchverboten
- nebst vielen anderen Aspekten

Das Buch ist ein «must für Leute, die mitreden, resp. am 23.9.2012 überlegt und wohlinformiert abstimmen und nicht dem Hexenwahn des totalen Krieges gegen das Rauchen erliegen wollen. Es ist eine frontale Abrechnung mit fieser «Forschung und Statistik» der WHO und des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ).

Aber eben – schon Schiller sagte: «Verstand ist stets bei wenigen nur gewesen.» Also: Nein am 23.9.2012!

*Dr. med. Klaus Müller, Thalwil*

- 1 Grieshaber R. Passivrauchen – Götterdämmerung der Wissenschaft. Kassel: Publikom Z; 2012.



### Sexuelle Diskriminierung in Inseraten

Ich bin Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe und lese regelmässig die Schweizerische Ärztezeitung. Beim Durchlesen der Stellenangebote fällt mir auf, dass insbesondere im Bereich «Praxismarkt» durch die Inserenten explizit nur nach weiblichen Fachärztinnen für Gynäkologie/Geburtshilfe gesucht wird. Wiederholt stosse ich bei ein- und demselben Inserat auf Textpassagen wie z.B. «Facharzt/-ärztin Allgemeine Medizin und Fachärztin Gynäkologie/Geburtshilfe gesucht». Es wird folglich ganz offensichtlich gleichzeitig nach einer männlichen oder weiblichen Fachperson für Allgemeinmedizin gesucht, im Bereich der Gynäkologie/Geburtshilfe ist jedoch unmissverständlich nur eine weibliche Mitarbeiterin erwünscht.

Sexistischer geht es nicht! Ich möchte hier nicht den Umstand diskutieren, ob Männer ihre Berechtigung in der Frauenheilkunde haben oder nicht. Schliesslich wird auch nicht mehr diskutiert, ob Frauen überhaupt Anspruch auf ihren Platz in der Medizin haben. Vielmehr möchte ich auf den äusserst erstaunlichen Umstand hinweisen, wie sehr in dieser Thematik mit zweierlei Mass gemessen wird. Man stelle sich eine Anzeige mit der Textpassage «Männlicher Facharzt für ... gesucht» vor. Ein Aufschrei wäre die Folge! Umgekehrt ist es jedoch de facto salonfähig, männliche Kollegen in der Frauenheilkunde zu diskriminieren.

Um es auf den Punkt zu bringen: Bei den genannten Anzeigen sind fachliche Qualifikation und menschliche Kompetenz völlig irrelevant. Allein das Geschlecht zählt!

Erinnert uns diese Tatsache nicht an jene Situation, in welcher Frauen früher bzw. teilweise heute noch stecken? Auch wenn diesbezüglich in diversen Bereichen leider weiterhin Nach-

holbedarf besteht, so hat man sich immerhin durchringen können, im offiziellen Rahmen auf die Geschlechtsneutralität zu achten. Hier ging und geht es darum, ein Zeichen zu setzen, dass sexuelle Diskriminierung in unserer Gesellschaft keinen Platz mehr hat. Warum aber werden solche Zeichen im umgekehrten Fall unterlassen? Ist sexuelle Diskriminierung gegenüber Männern so in Ordnung oder gar weniger gravierend? Sollten wir nicht – so abgenutzt dieser Satz auch klingen mag – aus den Fehlern der Vergangenheit lernen?

Ich meinerseits gehöre jener Generation an, welche fachliche und menschliche Kompetenz betrachtet, und nicht die Chromosomenkonstellation. Dementsprechend erwarte ich mir von der Ärztezeitung als wichtigem Medium, hier Zeichen zu setzen, indem ab sofort – in sämtlichen Bereichen – nur mehr geschlechtsneutrale Inserate akzeptiert werden. Der Fall der «reverse discrimination» darf sich nicht in unsere Köpfe einschleichen und gesellschaftsfähig werden. Hierfür trägt auch die Ärztezeitung eine wesentliche Verantwortung!

Freundliche Grüsse

*Dr. med. Philipp Stettbach,  
Luzern*

### Briefe

Briefe sind grundsätzlich willkommen und können veröffentlicht werden, sofern sie sich inhaltlich und formal innerhalb der in unserem Kulturkreis üblichen Anstandsgrenzen bewegen, keine für die Redaktion erkennbaren Fehlinformationen enthalten und eine Länge von 2500 Zeichen nicht überschreiten. Die Redaktion behält sich das Recht vor, Auswahl, Kürzungen und Bearbeitungen vorzunehmen. Seitens der Redaktion besteht keine Verpflichtung zur Publikation. Über Briefe wird in der Regel keine Korrespondenz geführt; insbesondere muss eine Nichtveröffentlichung nicht begründet werden. Von diesen Grundsätzen kann abgewichen werden, wenn dies der Redaktion angezeigt erscheint.

Das vollständige Manuskript ist an die folgende Adresse der Redaktion einzureichen, wenn möglich per E-Mail: Redaktion Schweizerische Ärztezeitung, EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Farnsbürgerstr. 8, 4132 Muttens, Tel. 061 467 85 72, Fax 061 467 85 56, E-Mail: redaktion.saez[at]emh.ch.



# Mitteilungen

## Schweizerische Gesellschaft für Angiologie

### Schweizerischer Angiologiepreis 2012

Die Schweizerische Gesellschaft für Angiologie verleiht einen Preis von 10000 CHF für eine wissenschaftliche Arbeit über Gefässkrankheiten. Die Arbeit kann ein zur Publikation eingereichtes Manuskript oder bereits veröffentlicht sein (2011–2012).

Curriculum Vitae und Bewerbung für den Angiologiepreis sind *bis zum 31. August 2012* in je 5 Exemplaren einzusenden an: Prof. Henri Bounameaux, Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), Service d'angiologie et d'hémostase, 2, rue Gabrielle-Perret-Gentil, 1211 Genève 14.

Der Preis wird anlässlich der 13. Unionstagung 21.–23. November 2012 in Bern verliehen.

## Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW

### Ausschreibungen in den Bereichen Versorgungsforschung und Neurowissenschaften

Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften schreibt für 2012 den Théodore-Ott-Preis in Neurowissenschaften (Preis für ein Lebenswerk) sowie den Robert-Bing-Preis für junge Forschende in Neurowissenschaften aus. Bewerbungsschluss für beide Preise ist der *31. August 2012*.

Zudem hat die zweite Ausschreibungsrunde des neuen Förderprogramms «Versorgungsforschung im Gesundheitswesen» begonnen. Einsendeschluss für Gesuche ist der *1. September 2012*.

Weitere Informationen zu den Ausschreibungen finden Sie auf der SAMW-Website [www.samw.ch/de/Aktuell/Ausschreibungen.html](http://www.samw.ch/de/Aktuell/Ausschreibungen.html)

## Schweizerische Gesellschaft für Thoraxchirurgie SGT

### Preis der SGT

Die Schweizerische Gesellschaft für Thoraxchirurgie vergibt einen Preis von 5000 Franken für die beste publizierte Arbeit aus dem Gebiet der Thoraxchirurgie. Die Arbeit muss in der Schweiz entstanden sein und von Ende Mai 2011 bis Ende Juni 2012 publiziert oder zur Publikation angenommen sein. Die Überreichung und Veröffentlichung erfolgt an der SGT-Tagung am 15. November 2012 in Bern. Die Arbeiten sind bis zum *19. September 2012* einzureichen per Mail im PDF-Format an: [r.inderbitzi\[at\]thoraxzentrum.ch](mailto:r.inderbitzi[at]thoraxzentrum.ch) (PD Dr. Rolf Inderbitzi, Sekretär und Vizepräsident der SGT, Thoraxzentrum Zürich, Facharzt FMH für Chirurgie, Witellikerstrasse 40, 8032, Zürich).

## Schweizerische Gesellschaft für Nuklearmedizin SGNM

### Vorstand per 1. 6. 2012

#### Präsident und Kongresspräsident 2012

Prof. G. K. von Schulthess, Zürich

#### Vizepräsident

Prof. T.M. Krause, Bern

#### Kassier

Dr. R. Oettli, St. Gallen

#### Sekretär

Dr. M. Wissmeyer, Genf, La Chaux-de-Fonds

#### Kongresspräsident 2013

PD Dr. K. Strobel, Luzern

#### Beisitzer

PD Dr. L. Giovanella, Bellinzona, Lugano

Prof. P.A. Kaufmann, Zürich

Prof. J. O. Prior, Lausanne

Prof. D. Wild, Basel

## Schweizerische Gesellschaft für Kardiologie SGK / Société Suisse de Cardiologie SSC

### Vorstand 2012/2013

#### Präsident/Président

Prof. Dr. med. François Mach, Genève

#### Pastpräsident

Prof. Dr. med. Hans Rickli, St. Gallen

#### Vizepräsident/Vice-président

#### Präsident-Elect

Prof. Dr. med. Georg Noll, Zürich

#### Kassier/Trésorier

Dr. med. Dominé Frédéric, Biasca

#### Vertreter Kinderkardiologie/Représentant

#### Cardiologie pédiatrique

Prof. Dr. med. Jean-Pierre Pfammatter, Bern

#### Mitglieder/Membres

Prof. Dr. med. Christine Attenhofer Jost, Zürich

Dr. med. Jacqueline Landolt, Morges

Dr. med. Urs Kaufmann, Bern

Dr. med. Patrick Monnier, La Chaux-de-Fonds

Prof. Dr. Jürg Schwitter, Lausanne

Prof. Dr. med. Stephan Windecker, Bern

Prof. Dr. med. Michael Zellweger, Basel

#### Geschäftsführerin/Directrice

Dr. med. Marjam Rüdiger-Stürchler, St. Gallen

#### Sekretariat/ Secrétariat

Karin Guldenfels, Bern

## Obsan

Die Ausgaben der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind in den zwölf Jahren von 1998 bis 2010 teuerungsberichtigt um 6,9 Milliarden Franken gestiegen. Die Zunahme lässt sich nur zu einem kleinen Teil dem Bevölkerungswachstum oder der Alterung zuordnen. Es sind vor allem die ambulanten Behandlungen sowie die Medikamente, die zu deutlich höheren Kosten führten. Dies zeigt eine Mehrjahres-Studie des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan).

Die Gesamtausgaben im Gesundheitswesen der Schweiz beliefen sich 2010 auf 62,5 Milliarden Franken. Knapp ein Drittel dieser Ausgaben, 22 Milliarden Franken, wurde durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) gedeckt. Zwischen den Jahren 1998 und 2010 haben die Ausgaben im Rahmen der OKP um jährlich 4,6 Prozent zugenommen, stärker als die Gesamtausgaben (+3,8%). Dies zeigt sich deutlich bei den Pro-Kopf-Kosten, welche miteinander verglichen wurden. Während diese Kosten im Jahr 1998 für eine versicherte Person durchschnittlich 1640 Franken betragen, waren es 2010 rund 2680 Franken – unter Berücksichtigung der Teuerung eine Zunahme um 3,2 Prozent pro Jahr.

Drei Leistungsbereiche der Krankenversicherungen decken 92 Prozent der Gesamtausgaben ab: die ambulante Behandlung, die stationäre Behandlung sowie die Vergütung von Medikamenten und Material. Am stärksten nahmen die Kosten von 1998 bis 2010 bei Medikamenten und Material zu (+4,9% pro Jahr). Auch die Kosten im Bereich der ambulanten Behandlung stiegen deutlich an (+4,2% pro Jahr).

Die stationäre Behandlung in Spitälern zeigte eine vergleichsweise moderate Kostenzunahme (+3,3% pro Jahr). Insbesondere haben neue therapeutische Methoden dazu geführt, dass die Betroffenen kürzer stationär oder oft auch ambulant behandelt werden können. Spitalaufenthalte wurden in den letzten Jahren trotzdem teurer, da während des Aufenthalts mehr oder teurere Leistungen angeboten werden.

Je nach Kanton fallen die OKP-Gesamtkosten unterschiedlich aus. Die Analyse des Obsan zeigt, dass Kantone, welche 1998 überdurch-

schnittlich hohe Pro-Kopf-Kosten hatten, fast durchwegs auch 2010 überdurchschnittlich hohe Kosten aufwiesen. Die höchsten Pro-Kopf-Kosten zeigten über den gesamten Zeitraum die Kantone Genf und Basel-Stadt; die tiefsten die Kantone Appenzell Innerrhoden und Nidwalden, was auf strukturelle Unterschiede der Kantone hindeutet. Auffallend ist auch, dass die Kantone Genf und Waadt einen deutlich tieferen Anteil der Ausgaben im stationären Bereich aufweisen, der durch höhere Ausgaben für ambulante Leistungen kompensiert wird.

Alterung und Bevölkerungszunahme erklären nur einen Fünftel der Kostenveränderung zwischen 1998 und 2010. Wichtigste Ursache des Kostenzuwachses bei den ambulanten Leistungen im Spital ist die Zunahme der Konsultationen. Bei den in der Arztpraxis behandelnden Spezialistinnen und Spezialisten ist der Kostenzuwachs darauf zurückzuführen, dass die Konsultationen von älteren Personen zugenommen haben und dass das Leistungsvolumen für Letztere gestiegen ist. Zusätzlich spielt die Wahl neuerer und teurerer Medikamente eine Rolle, und zu einem kleineren Teil auch die Zunahme des Pro-Kopf-Konsums.

Das Obsan geht davon aus, dass die OKP-Kosten auch in den kommenden Jahren weiter zunehmen werden. Zum einen wird die Alterung der Bevölkerung zu einer Zunahme chronischer und damit kostenintensiver Krankheiten führen. Zum anderen werden bedeutende technische Fortschritte erwartet, die zwar die Qualität der Behandlung verbessern, aber auch zu einer weiteren Kostenzunahme beitragen werden.

## Schweizerische Stiftung SPO Patientenschutz

### Patientenschutz fordert Beweislastumkehr für Versuchspersonen

Die Patientenschützerin und St. Galler Nationalrätin Margrit Kessler fordert beim Bundesrat eine Beweislastumkehr für Versuchspersonen der medizinischen Forschung. Ohne erleichterte Beweisführung haben es Patienten ausserordentlich schwer, Schadenersatzansprüche für gesundheitliche Schäden im Rahmen von klinischen Studien durchzusetzen.

Die SPO sieht sich immer wieder mit Fällen konfrontiert, bei denen Patienten im Rahmen eines Forschungsprojekts nicht nur einen gesundheitlichen Schaden erleiden, sondern auch die finanziellen Konsequenzen davon tragen müssen. Der entsprechende Gesetzesartikel im Schweizer Heilmittelgesetz (HMG) bietet für solche Fälle leider keinen ausreichenden Schutz. Heute hat der Geschädigte den umfassenden Nachweis zu erbringen, dass der Arzneimittelversuch den Gesundheitsschaden verursachte. Diese patientenfeindliche Rechtslage hat der Bundesrat im vergangenen Mai in seiner Antwort auf eine Interpellation der SPO-Präsidentin und St. Galler Nationalrätin Margrit Kessler bestätigt. Beweislastumkehrungen oder eine Beweislastumkehr zugunsten der Patienten lehnte die Landesregierung in ihrer Interpellationsantwort ab [1]. Weil die Probanden durch das geltende Schweizer Recht nur ungenügend geschützt werden, rät die SPO derzeit von der Teilnahme an solchen Forschungsprojekten ab. Jetzt fordert Margrit Kessler in einer soeben eingereichten Motion eine Änderung der entsprechenden Bestimmung im Heilmittelgesetz [2]. 31 Mitglieder des Nationalrats haben den Vorstoss mit unterzeichnet.

Bei einer Beweislastumkehr müssten Sponsoren von klinischen Tests wie zum Beispiel Pharmafirmen beziehungsweise die Haftpflichtversicherungen nachweisen, dass der Schaden bei der Versuchsperson nicht auf den Einsatz des Studienmedikaments zurückzuführen ist, sondern auch ohne die Teilnahme am Forschungsprojekt eingetreten wäre. In Deutschland habe sich die Beweislastumkehr bei der Haftung für Arzneimittelschäden bewährt, erklärt Patientenschützerin Margrit Kessler.

- 1 [www.parlament.ch/d/suche/seiten/geschaefte.aspx?gesch\\_id=20123222](http://www.parlament.ch/d/suche/seiten/geschaefte.aspx?gesch_id=20123222)
- 2 [www.parlament.ch/d/suche/seiten/geschaefte.aspx?gesch\\_id=20123452](http://www.parlament.ch/d/suche/seiten/geschaefte.aspx?gesch_id=20123452)

# Urabstimmung der FMH Services 2012

Max Giger<sup>a</sup>, Beat Bär<sup>b</sup>

- a Dr. med.  
Präsident der Verwaltung
- b Geschäftsführer  
FMH Services

Geschätzte Genossenschafterinnen und Genossenschafter

Mit dem Geschäftsbericht 2011 haben wir Sie über unsere erfolgreichen operativen Aktivitäten informiert und haben Sie um Genehmigung des Geschäftsberichts, der Gewinnverwendung und die Entlastung der Verwaltung gebeten.

Wir freuen uns, Ihnen nun die Resultate der Urabstimmung präsentieren zu können, und danken Ihnen für Ihre zahlreiche Teilnahme.

Mit freundlichen Grüßen  
FMH Services

## Resultate der Urabstimmung 2012

### 1. Publikationsorgan

Schweizerische Ärztezeitung, Ausgabe Nr. 31/32, vom 31.7.2012

### 2. Stimmabgabe

16. Mai–21. Juni 2012 bei der Gemeinde Oberkirch

### 3. Auszählung

Herr J.R. Rogger, Gemeindeverwaltung Oberkirch

### 4. Anträge

1. Genehmigung des Geschäftsberichtes 2011
2. Gewinnverwendung 2011
3. Entlastung der Verwaltung
4. Wahl der Revisionsstelle
5. Wahl der Abwicklungsstelle der Urabstimmung

### 5. Resultate

#### 5.1 Antrag 1

Genehmigen Sie den Geschäftsbericht der FMH Services 2011?

Abgegebene Stimmen	3306
Ungültige Stimmen	351
Leere und keine Stimmen	30
Gültige Stimmen	2925
<b>JA-Stimmen</b>	<b>2870</b>
<b>NEIN-Stimmen</b>	<b>55</b>

Dem Antrag 1 wird somit deutlich zugestimmt.

#### 5.2 Antrag 2

Sind Sie einverstanden, den Gewinn von CHF 75 313 auf die neue Rechnung vorzutragen und den allgemeinen Reserven zuzuweisen?

Abgegebene Stimmen	3309
Ungültige Stimmen	351
Leere und keine Stimmen	29
Gültige Stimmen	2929
<b>JA-Stimmen</b>	<b>2869</b>
<b>NEIN-Stimmen</b>	<b>60</b>

Dem Antrag 2 wird somit deutlich zugestimmt.

#### 5.3 Antrag 3

Erteilen Sie der Verwaltung der FMH Services Genossenschaft für das Berichtsjahr 2011 Entlastung?

Abgegebene Stimmen	3304
Ungültige Stimmen	352
Leere und keine Stimmen	40
Gültige Stimmen	2912
<b>JA-Stimmen</b>	<b>2847</b>
<b>NEIN-Stimmen</b>	<b>65</b>

Dem Antrag 3 wird somit deutlich zugestimmt.

#### 5.4 Antrag 4

Stimmen Sie der Wahl der Revisionsstelle Truvag Revisions AG in Sursee für eine weitere Amtsperiode von einem Jahr zu?

Abgegebene Stimmen	3307
Ungültige Stimmen	351
Leere und keine Stimmen	45
Gültige Stimmen	2911
<b>JA-Stimmen</b>	<b>2855</b>
<b>NEIN-Stimmen</b>	<b>56</b>

Dem Antrag 4 wird somit deutlich zugestimmt.

#### 5.5 Antrag 5

Stimmen Sie der Wahl der Gemeindeverwaltung Oberkirch als neutrale Drittstelle zur Abwicklung der Urabstimmung für eine weitere Amtsperiode von einem Jahr zu?

Abgegebene Stimmen	3305
Ungültige Stimmen	351
Leere und keine Stimmen	44
Gültige Stimmen	2910
<b>JA-Stimmen</b>	<b>2875</b>
<b>NEIN-Stimmen</b>	<b>35</b>

Dem Antrag 5 wird somit deutlich zugestimmt. Das Ergebnis dieser Urabstimmung wurde von J.R. Rogger, c/o Gemeindeverwaltung Oberkirch, am 28. Juni 2012 als vollständig und richtig bestätigt.

Korrespondenz:  
FMH Services  
Burghöhe 1  
CH-6208 Oberkirch  
Tel. 041 925 00 77  
Fax 041 925 05 86

mail@fmhservices.ch

# Ihre Experten für

- ✓ **Finanzplanung**
  - ✓ **Pensionsplanung**
  - ✓ **Vorsorge**
  - ✓ **Vermögen**
  - ✓ **Versicherungen**
- 
- = Alles aus einer Hand**

Wir betreuen Sie zuverlässig und unabhängig in allen Vorsorge- und Finanzangelegenheiten. Wir erledigen unseren Job, damit Sie sich auf Ihren konzentrieren können. Wir verfügen über preiswerte Versicherungslösungen, welche speziell auf die Bedürfnisse der Ärzteschaft abgestimmt sind. In einer Finanz- und Pensionsplanung sichern wir Ihre Familie ab und planen Ihre Pensionierung. Dabei optimieren wir Ihre Steuersituationen und definieren gemeinsam eine geeignete Anlagestrategie. Unsere Berater sind übrigens in der ganzen Schweiz tätig.

Haben Sie Fragen zu Vorsorge-, Vermögens- und Versicherungsthemen? Rufen Sie uns an um einen unverbindlichen Beratungstermin zu vereinbaren.



Roth Gygax & Partner AG ■ Koordinationsstelle  
Moosstrasse 2 ■ 3073 Gümligen  
Telefon 031 959 50 00 ■ Fax 031 959 50 10  
mail@fmhinsurance.ch ■ www.fmhinsurance.ch

Negative Korrelation von Überleben und Zuweiservolumen bei kindlichen Hirntumorpatienten

# Nutzen der Zentralisierung hochspezialisierter Leistungen in Frage gestellt

Bei der aktuellen Diskussion in der Schweiz über Spitalisten und die sog. hochspezialisierte Medizin geht man von der Annahme aus, dass eine Konzentration von Leistungen die Behandlungsqualität verbessert. Eine norwegische Studie lässt Zweifel an dieser Beziehung aufkommen.

Adrian Merlo<sup>a</sup>, René Bernays<sup>b</sup>, Oliver Hausmann<sup>c</sup>, Hans Landolt<sup>d</sup>, Michael Reinert<sup>e</sup>, Karl Schaller<sup>f</sup>

a Prof. Dr. med., Past-Präsident Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie (SGNC)

b Prof. Dr. med., Zürich, Präsident SGNC

c PD Dr. med., Luzern, Vorstand der SGNC

d Prof. Dr. med., Aarau, Vorstand der SGNC

e Prof. Dr. med., Bern, Vorstand der SGNC

f Prof. Dr. med., Genf, Vorstand der SGNC

\* Die Literaturangaben finden sich unter [www.saez.ch](http://www.saez.ch)  
→ Aktuelle Nummer oder  
→ Archiv → 2012 → 31/32

Im *European Journal of Neurosurgery* (Acta Neurochirurgica) wurde 2011 durch eine Studie aus Norwegen eine Grundsatzdebatte über den Nutzen der Zentralisierung hochspezialisierter medizinischer Leistungen lanciert [1]\*, die den in Politik und Ärzteschaft verbreiteten Glauben in Frage stellt, dass sich durch Konzentration von Leistungen die Behandlungsqualität automatisch verbessern lässt. Der Diskurs wird zwischen Neurochirurgen aus Norwegen und pädiatrischen Neurochirurgen aus England geführt [2].

## Die Norwegische Studie

Worum geht es? Die Grösse des Zuweiservolumens steht im Brennpunkt von Qualitätsdiskussionen. In Norwegen gibt es aufgrund der Populationsverteilung grössere Schwankungen beim Zuweiservolumen. Das Überleben von Kindern mit Hirntumoren wurde mit Hilfe des nationalen Krebsregisters über einen Zeitraum von 20 Jahren für alle Zentren des Landes erfasst. Für das Gesamttotal von 816 Patienten ergaben sich keine Unterschiede für die jeweiligen Zentren unabhängig von den Fallzahlen. Bezüglich der Subgruppe der Medulloblastome/PNET zeigte sich ein signifikant schlechteres Überleben im Zentrum mit dem höchsten Zuweiservolumen. Das Outcome bei diesem Kleinhirntumor ist direkt von der möglichst radikalen Resektion abhängig. Das Ergebnis der norwegischen Studie ist unerwartet und widerspricht dem gegenwärtig weitverbreiteten Imperativ, die Behandlungsqualität durch Zentralisierung von Leistungen zu optimieren. Wie interpretieren die norwegischen Autoren das unerwartete Resultat? Sie argumentieren, dass Hochvolumenzentren auch eine Vielzahl einfacherer Routinefälle anziehen, welche die Ärzte absorbieren. Zudem nimmt in grossen Zentren der administrative Aufwand pro Arzt massiv zu, so dass das spezifische chirurgische Training demjenigen an einem Niedrigvolumenzentrum nicht überlegen ist. Für die norwe-

gischen Fachspezialisten ist die individuelle Kompetenz des Chirurgen der Schlüsselfaktor für das Behandlungsergebnis, weitgehend unabhängig von der Fallzahl. Höhere Fallzahlen führen nicht zwingend zu besseren Ergebnissen.

## Schwache Datenlage internationaler Studien zur Volumen-Outcome-Beziehung

In der Replik zu den Einwänden der englischen Kollegen [2] analysieren die norwegischen Autoren kritisch die gegenwärtige internationale Datenlage [3]. Fast alle Befürworter von Zentralisierung stützen sich auf Zahlen von amerikanischen Gesundheitsdatenbanken, die wenig klinisches Material enthalten. US-Zentren mit hohem Patientenvolumen behandeln jüngere, wohlhabendere, weisse Patienten mit gutem Versicherungsstatus, was zu einer hohen Zahl elektiver Fälle führt. Demgegenüber hat eine von einer grossen Versicherungsgesellschaft in Auftrag gegebene Outcome-Studie in US-amerikanischen *Veterans Affairs*-Spitalern, bei der prospektiv klinische Daten in vielen chirurgischen Disziplinen gesammelt wurden, keine Korrelation zwischen Patientenvolumen und Risiko-adaptiertem Outcome herstellen können [4]. Was nun die neurochirurgischen Eingriffe anbelangt, gibt es offenbar weniger als ein Dutzend Publikationen, die eine positive Korrelation zwischen Zuweiservolumen und Outcome postulieren, wobei neun dieser Studien aus den USA und sechs davon vom selben Autor stammen. Eine kanadische [5] und die hier diskutierte norwegische Studie [1] stellen die inverse Korrelation zwischen Zuweiservolumen und Mortalität in Frage. Eine genaue Analyse von US-amerikanischen Daten – es handelte sich dabei um transphenoidale Hypophysenadenom-Operationen – zeigt aber, dass 64% der Chirurgen in Hochvolumenzentren nur 1–4 Fälle pro Jahr behandelten, ja dass sogar 55% der Chirurgen nur einen Fall pro Jahr behandelten. Bei den pädiat-

Korrespondenz:  
Prof. Dr. med. Adrian Merlo  
Kramgasse 30  
CH-3011 Bern  
[adrian.merlo\[at\]gmx.ch](mailto:adrian.merlo[at]gmx.ch)

rischen Hirntumoren behandelten in den USA 66% der Neurochirurgen in Hochvolumenzentren nur einen Fall pro Jahr. Ähnlich sind die Zahlen für Meningeom- und Hydrozephalusoperationen oder für das Aneurysmaclipping. Daraus ergibt sich, dass die Definition eines bestimmten Volumens pro Zentrum resp. von spezifischen Fallzahlen pro Operateur aufgrund solchen Zahlenmaterials willkürlich erscheinen muss [3].

---

## «Der Wille zur Zentralisierung basiert nicht wirklich auf Evidenz, dazu sind die Daten zu widersprüchlich.»

---

### Die Argumente der Zentralisierungsbefürworter

Eine frühe Studie über das Verhältnis von Behandlungsvolumen und Mortalität hat bei einigen der untersuchten Eingriffe eine klare Reduktion der Mortalität bei grösserem Patientenvolumen gemessen, wobei die Autoren nicht zwischen chirurgischer Erfahrung, Zuweisungspraxis oder Patientenselektion differenzieren konnten. Dennoch wird aus den Daten der Schluss gezogen, dass die Zentralisierung von Leistungen anzustreben sei [6]. Eine weitere Studie aus jener Zeit, die nicht zitiert wird, hat denselben Zusammenhang zwischen Mortalität und Operationsvolumen gefunden, kam aber in der Detailanalyse zum Schluss, dass die höhere Mortalität nicht durch schlechtere Chirurgie, sondern durch Mängel des Spitals bedingt war [7]. Bei der Oesophagektomie scheint die Behandlungsmortalität vom Operationsvolumen abzuhängen. Eine neuere, ebenfalls nicht diskutierte Studie zeigt aber, dass die Oesophagektomie-Mortalität in Spitälern mit zum Teil sehr kleinem Volumen (1 Fall/Jahr!) niedrig sein kann, wenn die Pflegedichte hoch, die Ärzteschaft kompetent und das Spital technisch gut ausgerüstet ist. Schlechtere Behandlungsergebnisse gab es in vernachlässigten *Inner City Hospitals*, die sozial Benachteiligte behandeln [8].

Die Befürworter der Zentralisierung zitieren eine neuere australische Studie, bei der eine ausgedehnte Meta-Analyse durchgeführt wurde [9]. In dieser Meta-Analyse werden einige Verfahren mit negativer Korrelation zwischen Behandlungsvolumen und Mortalität aufgelistet. Die Autoren merken kritisch an, dass für eine geringe Senkung der Mortalität erhebliche Patientenverschiebungen notwendig wären, und dass das Fallvolumen wohl kein guter Parameter ist für die Messung der Behandlungsqualität. Eine neue US-amerikanische Studie über Patientenvolumen und Outcome bei der chirurgischen Behandlung von Spinalstenosen zeigt, dass bei sehr kleinen Fallzahlen (ein Fall pro Jahr) die Komplika-

tionsrate höher ist [10]. Ob bei der nationalen Spitalstatistik, woraus die Zahlen extrahiert wurden, nach Ausrüstungsstand, Standort und Pflegedichte differenziert wurde, ist unklar. Bezüglich kindlicher Hirntumoren wird die kanadische Studie von 1996 zitiert, die auf Krebsregisterdaten des Staates Ontario beruht, die ein besseres 5-Jahres-Überleben bei Medulloblastomen gezeigt hat, wenn diese zentralisiert durchgeführt wurde [5]. Es handelt sich allerdings um Populationsdaten von 1977 bis 1987. Dabei stellte sich das Resttumorvolumen nach Resektion als der kritische prognostische Faktor heraus. Bei der multivariaten Analyse – nach Korrektur für Resektionsausmass, Tumorstadium, Geschlecht und Meningitis – ergab sich keine Signifikanz zugunsten des Hochvolumenzentrums. Eine amerikanische Studie untersuchte den Zusammenhang zwischen Resektionsausmass und Trainingsgrad der Neurochirurgen bei malignen kindlichen Hirntumoren [11]. Dabei zeigte sich, dass der Resektionsgrad besser war bei subspezialisierten pädiatrischen Tumor-Neurochirurgen im Vergleich zu allgemeinen oder pädiatrischen Neurochirurgen.

### Schlussfolgerungen

«Übung macht den Meister!» Dies ist unbestritten. Es scheint aber klar, dass chirurgische Kompetenz nicht direkt von der Fallzahl eines spezifischen Eingriffs abhängt. Vielmehr resultiert diese aus einer jahrelangen gezielten Aus- und Fortbildung, ähnlich wie bei anderen Berufen, bei denen sich manuelles Geschick, analytische Begabung und die Fähigkeit zu entschlossenem Handeln ineinander verweben zu einem komplexen Handlungsmuster. In der medizinischen Diskussion ist die Datenlage kontrovers. Der Wille zur Zentralisierung basiert nicht wirklich auf Evidenz, dazu sind die Daten zu widersprüchlich, sondern, wie auch die norwegischen Spezialisten betonen, auf einem persönlichen Glauben, der mit ökonomischen und politischen Argumenten untermauert wird. Bei der aktuellen Diskussion in der Schweiz über Spitalisten und die sogenannte hochspezialisierte Medizin (HSM) werden für zahlreiche Eingriffe willkürlich Mindestfallzahlen gesetzt. In einer Zeit der ökonomischen Definitionsheftigkeit vieler Lebensbereiche dürfte es um Kostensenkung gehen. Es ist aber fraglich, ob ein Grossbetrieb mit komplexer Organisationsform die gleiche Leistung zum gleichen Preis anbieten kann wie ein gut ausgerüstetes kleineres Spital. Die norwegische Studie zeigt unerwartet, dass ein komplexeres Umfeld das Behandlungsergebnis negativ beeinflussen kann.

Von regulatorischer Seite wird auch argumentiert, dass Zentralisierung notwendig sei, um genügend Fälle für die Ausbildung des chirurgischen Nachwuchses bereitzustellen. Die Schaffung von staatlichen Monopolen dürfte die Qualität jedoch kaum fördern. In Ländern mit freier Arztwahl kann der mündige Patient zwischen verschiedenen Spezia-



«Übung macht den Meister», dies ist unbestritten. Doch es scheint, dass chirurgische Kompetenz nicht direkt von der Fallzahl eines spezifischen Eingriffs abhängt.

listen und Spitälern auswählen, die miteinander im Wettbewerb stehen. Hochstehende Fachpflege und moderne Ausrüstung scheinen mindestens so wichtig zu sein wie das Behandlungsvolumen. In der Schweiz erscheint eine Zentralisierung von sogenannten HSM-Leistungen in jene grossen Spitäler,

### «Hochstehende Fachpflege und moderne Ausrüstung scheinen mindestens so wichtig zu sein wie das Behandlungsvolumen.»

die aufgrund jahrelanger einseitiger betriebswirtschaftlicher Umbauprozesse einen grossen Investitionsrückstand aufweisen, die Optimierung der Behandlungsqualität nicht zu garantieren. Stellt sich die Frage, ob nicht neue Formen der fachlichen Kooperation zwischen öffentlichen, aber auch zwischen öffentlichen und privaten Häusern für die Ausbildung ein Lösungsansatz ist. Bezüglich diverser spezialisierter Behandlungsverfahren haben die Kantone den Weg der willkürlichen Verteilung von Leistungen aufgrund von Fallzahlen eingeschlagen. Dabei gibt es dringendere Probleme anzupacken, wie z. B. die seit vielen Jahren insuffiziente Förderung des ärztlichen Nachwuchses. Stattdessen verordnet die Politik dem noch gut funktionierenden Gesundheitssystem teure betriebswirtschaftliche Revolutionen und eine Zulassungspraxis, die zwischen Totalstopp und Laisser-faire oszilliert. Wie ein zu stark geschnürtes Korsett könnte dies die Grund- und Spezialversorgung in die Asphyxie treiben.

Was müsste in der Schweiz wirklich verbessert werden? Antworten finden sich an der Front. Die Einführung der 50-Stunden-Woche hat in einigen Fächern zu einer Plethora von Ausbildungsstellen geführt. Die Anzahl Eingriffe pro Klinik ist aber kaum angestiegen. Das bedeutet, dass sich die endliche Zahl von Ausbildungsoperationen auf eine nahezu doppelt so grosse Zahl von Facharztanwärtern verteilt. Dies führt logischerweise entweder zu einer Verlängerung der Ausbildungszeit oder zu einer Verdünnung der chirurgischen Erfahrung, das heisst zu einer geringeren individuellen Kompetenz. Ein Zentrum mit höheren Fallzahlen und mehreren nicht sehr erfahrenen Operateuren dürfte einem kleineren Zentrum mit geringeren Fallzahlen und wenigen kompetenten Operateuren unterlegen sein. Die norwegische Studie dürfte diesen Sachverhalt reflektieren.

Wie aber kann die Qualität der Ausbildung gesichert werden? Erfahrene Chirurgen bilden einen begrenzten Kreis begabter Nachwuchschirurgen aus, was bedeutet, dass die Mehrzahl der Anwärter das ersehnte Ausbildungsziel nicht erreichen kann. Dieses Dilemma kann durch die Einführung von Subspezialisierungen abgeschwächt werden. Durch Subspezialisierung steigt der Bedarf an gutausgebildeten Spezialisten, gleichzeitig erhöht sich auch deren Kompetenz in ihrer Subspezialität. Ein solches Modell beruht auf Führungsverantwortung, Leistungsbereitschaft, Begabung und Wettbewerb. Um nicht eine grössere Zahl von mässig ausgebildeten Chirurgen

heranzuziehen, müssen die Strukturen in den Kliniken gestrafft und umgebaut werden. Für die Einhaltung der 50-Stunden-Woche braucht es im Fach Neurochirurgie auf den Nicht-Ausbildungsstellen Rotationsassistenten aus den Nachbarfächern (Neurologie, Neuroradiologie, Anästhesie, Intensivmedizin, Notfallmedizin, Psychiatrie usw.). Zudem muss die 50-Stunden-Woche für die eigentlichen Fachanwärter gelockert werden, damit der individuelle Erfahrungsschatz nicht strukturell verdünnt resp. die Ausbildung nicht ungebührlich verlängert wird. Die politisch Verantwortlichen täten gut daran, in Zusammenarbeit mit den Fachgesellschaften die echten Qualitätsprobleme in der realen Ausbildungssituation anzugehen, anstatt mit unergiebigem Verteilungsschlüsseln aufgrund wenig aussagekräftiger Fallzahlen an den wirklichen Problemen der Front vorbeizudirigieren.

### Informations peu compréhensibles sur les emballages



Une personne sur deux déclare avoir de la peine à comprendre les informations nutritionnelles figurant sur les emballages. C'est la conclusion à laquelle parvient la Société Suisse de Nutrition (SSN) dans un rapport. Néanmoins, les recherches effectuées pour le compte de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) mettent en évidence un intérêt marqué des consommateurs pour l'alimentation. 75% d'entre eux s'intéressent à la composition des produits. De nombreux obstacles mentionnés par les consommateurs concernant les informations nutritionnelles donnent à penser que la motivation à appliquer les recommandations alimentaires existe, mais que les capacités manquent.

(SSN)

### GDI: Trends noch besser im Blick

Zum Launch seiner neuen Website hat das Gottlieb Duttweiler Institute GDI die Preise seiner Studien gesenkt, einige bietet es sogar zum kostenlosen Download an. Die Studien und Bücher des GDI beantworten Fragen nach der Entwicklung von Handel, Konsum und Gesellschaft. Jährlich veröffentlicht das Institut rund ein Dutzend Publikationen. Neu verschickt das GDI seinen ebenfalls aufgefrischten Newsletter mit zukunftssträchtigen News alle 14 Tage. Das GDI ist auch bei NZZ Online im Trendblog «Übermorgen» präsent, der sozusagen als «Frühmeldesystem» spannende Erscheinungen unserer Zeit erklärt und einordnet. Weitere Informationen: [www.gdi.ch](http://www.gdi.ch)

(GDI)

## HELP-Preis für 15-jährige Lebensretterin

Die Schweizerische Herzstiftung hat einer jungen Frau aus dem Kanton Basel-Landschaft am 11. Mai den HELP-Preis 2012 überreicht. Die damals 15-jährige Anna Huwyler aus Arlesheim leistete ihrer Grossmutter am 2. Juni 2011 Hilfe, als diese zusammenbrach und einen Herz-Kreislauf-Stillstand erlitt. Anna Huwyler erkannte die Symptome des Herznotfalls schnell, alarmierte sofort den Rettungsdienst (Notrufnummer 144) und liess sich von diesem telefonisch zur Herzdruckmassage anleiten, die sie während 8 Minuten bis zum Eintreffen der Ambulanz ausführte. Die reanimierte Patientin erfreut sich dank der mutigen Retterin einer guten Gesundheit. Für den HELP-Preis können sich medizinische Laien bewerben, die einen Menschen mit Herz-Kreislauf-Stillstand dank Herzdruckmassage, Herzdruckmassage und Beatmung oder auch der Anwendung eines automatischen externen Defibrillators (AED) gerettet haben. Be-



Schnell und überlegt reagiert: Anna Huwyler.

werbungsunterlagen für den HELP-Preis 2013 sind auf [www.helpbyswissheart.ch/preis](http://www.helpbyswissheart.ch/preis) erhältlich.

(Schweizerische Herzstiftung)

## Neue Website für Opioidabhängige

Mit dem Ziel, hochwertige Informationen zur Heroin- und Opioidabhängigkeit bereitzustellen, haben sich führende europäische Usergruppen und Behandlungsorganisationen zusammenschlossen und die Website «Meine Behandlung, Meine Wahl» ([www.mytreatmentmychoice.eu](http://www.mytreatmentmychoice.eu)) lanciert. Zu diesen Organisationen gehören u.a. JES (Junkies, Ehemalige und Substituierte) aus Deutschland, ASUD (Auto Support des Usagers de Drogues) aus Frankreich oder FeDerSerD (Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze) aus Italien. Die Website

bietet ausführliche Auskünfte zur Definition von Sucht, zu den verschiedenen Behandlungsoptionen, Selbsthilfegruppen und Beratungsstellen in Europa. In Videos kommen Süchtige und Angehörige mit ihren eigenen Erfahrungsberichten zu Wort. Die Website unterstützt Betroffene und ihre Familien und Freunde dabei, Wege aus der Abhängigkeitssituation zu finden und die ihnen entsprechenden Entscheidungen zu treffen.

(Reckitt Benckiser Pharmaceuticals)

## Comportements à risque: les garçons restent plus exposés

Selon le rapport international HBSC (Health Behaviour in school-aged Children) de l'OMS publié en mai, les garçons et les filles des 39 pays participants ont des comportements différents concernant leur santé. Les garçons sont presque systématiquement plus nombreux que les filles à fumer, boire de l'alcool ou consommer du cannabis. Derrière ces chiffres de consommation, il y a des réalités et des motivations différentes. Des nombreuses études révèlent que les filles sont plus surveillées par leurs parents que les garçons. Leurs comportements de consommation sont plutôt liés au besoin de faire face à des difficultés, ils sont plus intériorisés, ce qui les rend moins visibles pour la prévention. Les garçons sont plus axés sur la performance et la reconnaissance d'autrui. Ils se montrent plus sensibles à la pression du groupe et le renforcement de leur capacité à gérer cette pression, à dire non et à avoir confiance en eux, se révèle être un axe essentiel de prévention. Tenir compte de ces différences

filles/garçons pourrait ainsi se traduire par une meilleure efficacité en matière de prévention.

(Addiction Suisse)



Les garçons et les filles ont des comportements différents concernant leur santé.



Roberto Malacrida, Professor für Intensivmedizin, klinische Ethik und Medical Humanities

## «Im Zentrum stehen Würde und Autonomie des Patienten»

Daniel Lüthi

Text und Bilder

danielluethi[at]gmx.ch

Der Ort unseres Treffens wirkt nobel, aristokratisch, herrschaftlich. Es ist ein Ort der Macht. «Il Municipio», das politische Zentrum dieser Stadt mit ihren drei Schlössern, hat auch etwas Schloss- oder Burgähnliches – die Kanone im Innenhof passt. Von seiner Erscheinung her passt auch Roberto Malacrida hierher, frischgebackenes Mitglied der Stadtregierung von Bellinzona und weitherum bekannte Persönlichkeit. Höflich und respektvoll wird der Herr mit den jugendlich halblangen, weissen Haaren gegrüsst, eine Aura von Autorität umgibt ihn. Bloss:

Es ist eine natürliche Autorität, dies wird bald klar, der Mann ist offensichtlich bescheiden und zurückhaltend, leise, reflektierend, sanft. Ein eklatanter Gegensatz zur Kanone im Innenhof.

Seit 2007 ist Malacrida politisch tätig. Zuerst war er Grossrat, seit April ist er im Municipio als Mitglied der Exekutive verantwortlich für den Bereich «Bildung und Kultur» – sein Wunschdepartement. Nach 35 intensiven Jahren als Intensivmediziner und mit Blick auf seine Pensionierung suchte er nach einer neuen Möglichkeit, sich in der Gesellschaft zu enga-



gieren – für Werte, die ihm wichtig sind und die, wie er sagt, überall wichtig sind, wo es um Menschen geht, im Spital gleich wie in der Schule oder eben im Stadtrat.

### Menschliche Medizin

«Menschlichkeit» ist der Schlüsselbegriff, in der Medizin spricht man von «Medical Humanities». Es geht um Verbindungen mit verschiedenen geistes- und sozialwissenschaftlichen Disziplinen, um den Blick über den Gartenzaun des eigenen Fachgebietes hinaus, um eine möglichst ganzheitliche, humanistische Sicht auf komplexe medizinische Fragestellungen. Malacrida illustriert mit einem Beispiel aus der Praxis: «Für die öffentlichen Spitäler im Kanton Tessin gründeten wir schon vor einem Jahrzehnt ein klinisch-ethisches Komitee, das Ärzte und Pflegepersonal zu Rate ziehen können, wenn sie sich in einem moralischen oder deontologischen Dilemma befinden.» Dem Komitee gehören neben Ärzten und Pflegenden auch ein Philosoph und ein Jurist an. Die grossen Fragen stellen sich vor allem dann, wenn es um Leben oder Tod geht: «Sollen wir die Maschinen abstellen? Können wir das Leben verlängern oder verlängern wir bloss das Sterben?» Und welches ist das Grundprinzip, wenn es darum geht, diese Frage zu beantworten? «Natürlich müssen wir die Gesetze beachten», antwortet Roberto Malacrida, ohne zu zögern. «Und natürlich spielen die therapeutische Freiheit und Verantwortung des Arztes eine wichtige Rolle. Vor allem aber müssen wir die Wünsche des Kranken und seiner Angehörigen respektieren. Im Zentrum stehen Würde und Autonomie des Patienten. Ein Patient ist ein Mensch – nie soll er zum blossen Klienten werden, wie in einem Warenhaus.»

## «Oft erinnern sich Patienten noch nach 20 Jahren exakt an die Wortwahl des Arztes.»

Ein weiterer Hauptgedanke begleitet Roberto Malacrida: Wichtige Entscheide müssen in der Gruppe besprochen, Chancen und Risiken in der Diskussion gegeneinander abgewogen werden. «Die Kommunikation ist zentral geworden.» Gemeint ist der Austausch unter medizinischen Fachpersonen, aber auch der Austausch mit den Angehörigen. «Vor 30 Jahren bereits führte ich in der Intensivstation hier im Spital von Bellinzona ein, dass sie Angehörigen während 24 Stunden offen steht. Dies war eine der ersten solchen Erfahrungen in Europa. Wir wussten und dies bestätigt sich immer wieder: Wir können einen Patienten nur dann gut pflegen, wenn wir auch seine Nächsten und seine Pflegenden gut pflegen. Via sie ist für uns auch eine einfache, aber verlässliche Qualitätskontrolle möglich. Für die An-



### Roberto Malacrida

Prof. Dr. med. Roberto Malacrida wurde 1948 in Bellinzona geboren. Er studierte Medizin in Basel und schloss 1974 mit dem Staatsexamen ab. 1980 erhielt er den Titel als Spezialarzt für Innere Medizin, 1994 denjenigen für Intensivmedizin. 1980 bis 1993 war er verantwortlich für die Intensiv- und Notfallstation des Regionalspitals Bellinzona, noch bis nächsten Sommer leitet er die Intensivstation des Spitals von Lugano. Gut 20 Jahre lang war er medizinischer Leiter der REGA Ticino. Neben seiner klinischen Tätigkeit machte sich Roberto Malacrida auch als Dozent einen Namen. So lehrt er als «professeur associé» an der Universität Genf Intensivmedizin und klinische Ethik. Am psychologischen Departement der Universität Freiburg doziert er zu den Themen «Die Neurophysiologie des Stress» und «medizinische Ethik». Zudem war er Mitglied des nationalen Komitees von «Swisstransplant» und Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Biomedizinische Ethik (SGBE). Roberto Malacrida ist verheiratet, Vater von zwei erwachsenen Kindern und zweifacher Grossvater. Er lebt in Bellinzona. Hier ist er seit April dieses Jahres auch Mitglied der siebenköpfigen Stadtregierung.

gehörigen ist es das Schlimmste, vor geschlossenen Türen stehen zu müssen und nicht zu wissen, was drinnen passiert. Und beim Patienten ist die Präsenz eines bekannten Gesichtes oft viel wirkungsvoller als das Verabreichen eines Sedativums.»

### Die Kraft der Kommunikation

«Kommunikation» bedeutet in einem Spital oft «schlechte Nachrichten überbringen». Und gerade hier ist viel Fingerspitzengefühl gefragt. «Bei Diagnosen und Prognosen ist jedes Wort wichtig, gerade in der Onkologie oder Neurologie. Oft erinnern sich Patienten noch nach 20 Jahren exakt an die Wortwahl des Arztes.» Entscheidend sei auch ein adäquates Setting für ein solches Gespräch: «Wir müssen

ihm Zeit und Raum geben. Dafür müssen wir uns in einem geeigneten Raum setzen, nicht stehend in einem Korridor sprechen, und den Piepser abstellen. Denn fast immer bei solchen Gesprächen geht es um das Sterben oder die Angst davor. Alles wird einfacher und richtiger, wenn ich mich in den Betroffenen hineinversetzen kann. Jeder Arzt hat eine solche Situation selber ja sicher auch schon erlebt.»

Mit seinen Studentinnen und Studenten in Genf und Freiburg übt er sie mit kleinen theatralischen Szenen. Zum Beispiel: Übermitteln Sie einer jungen Pianistin die Diagnose «Multiple Sklerose». Leitlinie in einem solchen Fall ist für Professor Malacrida die Frage: «Was will die Patientin wissen?» Und der Grundsatz, dass man nicht alles auf einmal sagen, nicht die ganze Diagnose in einer Minute übermitteln kann. «Hier geht es um Vulnerabilität: Wahrheit kann auch verletzen. Deshalb wird hier Medizin zur Kunst.»

#### Lernen aus der Literatur

Kunst: ein ständiger Begleiter für Mediziner Malacrida. Auch in der Medizin. Und in der medizinischen Ausbildung. «Ärzte sollen nicht nur wissen, was eine Krankheit ausmacht, sondern auch, was es bedeutet, krank zu sein. Wir hören tausende individuelle Krankheitsgeschichten. Schriftsteller haben mit ihrem Genie solche Einzelschicksale verabsolutiert, also auf eine andere Ebene gebracht und zu allgemeingültigen Geschichten gemacht. Diese sollten wir lesen. Den «Zauberberg» von Thomas Mann zum Beispiel, oder die «Pest» von Albert Camus.»

### «Wahrheit kann auch verletzen. Deshalb wird hier Medizin zur Kunst.»

Zum Film ist Roberto Malacrida vor allem durch seine Frau gekommen und durch die Tochter, die in Lausanne Filmwissenschaft studiert hat. Und auch den Film setzt er in der Medizin als Mittel ein. Zweimal pro Monat projiziert er im Spital von Bellinzona für jeweils rund 120 interne und externe Zuschauerinnen und Zuschauer einen Film, anschliessend wird darüber diskutiert. «Prognosi e destino» ist das aktuelle Thema, «Prognose und Schicksal». Filme von Luis Buñuel, Stanley Kubrick oder Akira Kurosawa stehen auf dem Programm. Und dazu Vorträge zu Themen wie «Die Prophezeiung, die sich selber erfüllt – der Pygmalion-Effekt» oder «Das Leben, der

Tod und das Absurde – zwischen Schicksal und Entscheidung».

Wer solches liest und hört, ist plötzlich weit entfernt von der Sterilität einer Intensivstation und den Maschinen, die die Medizin immer mehr geprägt haben. Die Disziplin «Medical Humanities» sei zweifellos eine Antwort auf eine bisweilen absurde Technokratisierung der Medizin, sagt Malacrida, «plötzlich war nicht mehr die Technik das Problem, sondern die Folgen der Technik wurden zum Problem. Vor 30 Jahren behandelte man oft sinnlos, bis das Herz eines Patienten zu schlagen aufhörte. Heute ist in schweizerischen Intensivstationen das Abstellen der Maschinen zu 80 Prozent die Todesursache. Wir lernten also, Therapien zu stoppen, wenn sie dem Patienten nicht mehr nützlich sind. Auch das hat mit Würde zu tun.» Wichtig ist Malacrida, dass die «Medical Humanities» nicht missverstanden und beispielsweise mit «soft medicine» gleichgesetzt werden, «zuerst einmal muss ein Mediziner sein Fach sehr gut kennen. Medical Humanities machen nur dann einen Sinn, wenn auch alle wissenschaftlichen Erkenntnisse zur Verfügung stehen». Auch eine «Schürzenfunktion» lehnt er entschieden ab: «Das soll und darf kein Alibi sein, beispielsweise für Fakultäten, die immer technischer und technokratischer werden. Auch dieses Fach gilt es ernst zu nehmen.»

#### Krankheit und Ökonomie

«Nächstes Jahr geht ein 35-jähriges Spitalleben zu Ende», sagt Roberto Malacrida ohne Bitterkeit oder Wehmut. Eine Privatpraxis als Internist will er mit grosser Wahrscheinlichkeit nicht eröffnen. Aber für Menschlichkeit und Würde wird er sich weiterhin einsetzen – im Kranken- und im Rathaus. «Das Fallpauschalen-System ist eine Bedrohung für die Privatsphäre eines Patienten, und damit seine Würde, die Krankenkassen wollen ja möglichst alle seine Daten. Auch birgt das DRG-System die Gefahr, dass Patienten zu früh aus dem Spital entlassen und dann nicht mehr angemessen betreut werden. Mehr und mehr wird die Krankheit zu einem ökonomischen Faktor, ist die Zweiklassenmedizin eine Realität. Vor 30 Jahren war ein Spital noch kein Betrieb wie eine Bank oder eine Fabrik. Heute sind auch in einem Spital die Administratoren die Machthaber. Für die nächste Generation wird das Kostenargument noch wichtiger sein, in den Intensivstationen wird es zu wenig Betten haben. Welcher Patient wird das Recht haben, einen solchen Platz beanspruchen zu können?»

So spricht der Politiker Malacrida, der wohl immer Arzt bleibt. Auch dann, wenn er im Spital nicht mehr praktizieren wird.

### Die nächste «Begegnung mit ...»

Am Ende jeden Monats stellt die Schweizerische Ärztezeitung eine Persönlichkeit vor, die sich im Gesundheitswesen engagiert. Im August schildert Daniel Lüthi seine Begegnung mit Michael Thali, Professor für Rechtsmedizin an der Universität Zürich.

# Dreizehn BakTun

Erhard Taverna

Gestern setzte sich ein Quetzal auf das Dach meines Wohncontainers. Ich habe lange seine grün schillernden Federn bewundert. Obwohl ich schon fast ein Jahr im Grenzgebiet arbeite, ist es das erste Mal, dass sich dieser papageiengrosse Vogel so nahe heranwagt. Mein Jeep stand unweit entfernt, so dass ich hören konnte, wie die langen Schwanzfedern raschelnd über das Blech fuhren. Seit mein Fernseher ausgefallen ist, sitze ich jeden Tag auf dem Vordersitz und gehe die Radiostationen durch. Ich bin freiwillig im Lager zurückgeblieben. Mir bedeuten Feiertage nichts. Alle Übrigen haben Familie, klar, dass sie ihren Urlaub zu Hause verbringen wollen. Es ist still hier, ich höre ungestört dem Urwald zu. Er spricht mit tausend Vogelstimmen, ein unablässiges Kreischen, Schnarren und Fiepen in allen Tonlagen. Nachts, wenn ich in meiner Hängematte liege, trommeln die Affen. Wenn sich ihnen ein Jaguar nähert, pfeifen ihre Anführer, dann höre ich das Rascheln der Blätter und das Knacken der Äste, wenn sie von Baum zu Baum flüchten.

Mein Fachgebiet sind die altamerikanischen Schriften. Mein Vater hat als Erster die Linien und Punkte der Stelen von *Tres Zapotes* übersetzt. Sie war



Der Quetzal lebt ausschliesslich in den Nebelwäldern Mittelamerikas – gestern sass er auf dem Dach meines Wohncontainers.

erhard.taverna[at]saez.ch

lange die älteste, bekannte Jahreszahl der Maya-Kultur. Die Fachwelt ehrt ihn immer noch, doch in aller Bescheidenheit: Ich werde seine Leistungen übertreffen. Eigentlich hätte mir diese Arbeitsgruppe zugestanden, ein Beratergremium der UNO, damals zu völligem Stillschweigen verpflichtet. Doch mein Vorgesetzter ist der Dienstältere, soll er doch gehen, habe ich gedacht, so kann ich ungestört an meinem Kalender arbeiten. Die grimmigen Gesellen in ihren kunstvollen Federkostümen waren früher meine einzigen Spielgefährten. Ich kenne jeden mit Namen, sie sind inzwischen Freunde geworden, die einzigen. Sie und die Publikationen, die ich ihnen verdanke. Es war abzusehen, dass früher oder später die alte Zeitrechnung viel Wirbel verursachen würde. Ich mag keinen Rummel, darum bin ich hier geblieben. Ist ohnehin alles Quatsch.

---

**«Mein Fachgebiet sind die altamerikanischen Schriften.»**

---

Lange blieben die Resultate dieser Gruppe nicht unter Verschluss. Das war absehbar, ich habe stets vor dieser Geheimnistuerei gewarnt. Da gibt es Ehrgeizlinge, die den Mund nicht halten können, administrative Zuträger, die sich bei ihren Chefs einschmeicheln, Politiker, die sich gerne vor ihren Wählern aufplustern, Spionage, Eifersüchteleien, Misstrauen, was weiss ich. Bin mehr denn je froh, dass mich das nichts angeht. Es amüsierte mich für eine Weile, diesem Zirkus aus der Ferne zuzusehen. Den Konferenzen mit den geheuchelten Dementis, den politischen Konspirationen, dem zunehmenden religiösen Wahnsinn. Wenn mich meine Abschriften und Berechnungen ermüden, besteige ich mit dem Fernglas den Hochsitz auf dem Passionsbaum am Rande der Lichtung und beobachte die Hirsche und Tapire. Sogar einer dieser scheuen Ozelote hat sich herangewagt.

Was wissen die schon von den Stelen und Codices. Es gibt wenige, die sich mit meinen Kenntnissen messen können. Viele Zeitzyklen sind beschrieben, die wie Zahnräder eines Uhrwerks ineinandergreifen. Kalenderrunden für Tage, Jahre und Äonen von Jahren. Ich liebe diese kurzen und langen Schlaufen, die das Irdische und Kosmische zusammenbinden. Die Glyphen tragen schöne Namen, wie Pop, Zip, Zotz, Kayab, Cumku und Uayeb. Wenn ich nicht



Die Glyphen tragen schöne Namen, wie Pop, Zip, Zotz, Kayab, Cumku und Uayeb.

schlafen kann, betrachte ich die verschlungene Schrift, bis sie mich auf ihre Traumreise mitnimmt. Der BakTun-Zyklus, von dem die Ignoranten dauernd palavern, war die erste Spur auf einem dekorierten und beschrifteten Jadeanhänger. Er ist in weitere Abschnitte unterteilt, von denen der kürzeste nur 12 Tage dauert. Millionen Tage seit dem ersten Weltalter, ein endloser Strom von Hell und Dunkel, rituelles Zählsystem für Zeremonien auf den Plattformen der Steinpyramiden. Ich wäre gerne dabei gewesen, ausgerüstet mit einem Opfermesser und in ein Jaguarfell gekleidet. Ab und zu trinke ich ein Gebräu aus der Rinde des Baalche, versetzt mit Honig,

### «Das abgeschwächte Magnetfeld der Erde soll Sonnenstürme auslösen, die Energieversorgung lahmlegen, die Funkverbindungen.»

dann tanze ich mit ihnen zum Klang der Muschelhörner. Das Rezept der Priester haben die Indios mündlich überliefert. Man muss die Rinde im Herbst ablösen, wenn die Blüten pupurviolett aufgehen. Die Schamanen behaupten, dass sie in die Zukunft sehen können.

Ohne Diesel bin ich im Niemandsland. Der Tank im Stromgenerator ist leer, und die Computer waren meine Fenster in die Welt. Ich sah die Prozessionen, zu denen als Erster der Papst aufrief. Die Religionsführer misstrauen einander. Die Moslems befürchteten eine Verschwörung der Christen, die Juden fanden Zeichen in der Kabbala, im Osten knirschte das

Rad der ewigen Wiederkehr. Hinweise auf eine finale Abrechnung kennen fast alle. Eigentlich waren es die Astronomen, die dem Endzeitglauben eine wissenschaftliche Seriosität verliehen. Noch verstehe ich nicht ganz, wie das geschehen konnte. Um mich in den Ereignissen nicht zu verlieren, habe ich mit meinem Tagebuch angefangen. Die Kollegen haben vorgerechnet, dass am 21. Dezember 2012 unsere Sonne, die Erde und weitere Planeten des Sonnensystems in Konjunktion zum Äquator der Milchstrasse stehen. Eine besondere, wenn auch wenig präzise Galaxis-Konstellation. Wer sich mit Kalendern beschäftigt, muss etwas von diesen Künsten verstehen. Dass die Nord-Süd-Achse der Erde eine Kreiselbewegung ausführt, haben schon die Mayas gewusst. Sie haben eine volle Umdrehung auf  $5 \times 13$  BakTun festgelegt. Das abgeschwächte Magnetfeld der Erde soll Sonnenstürme auslösen, die Energieversorgung lahmlegen, die Funkverbindungen. Bei jeder Nachricht kommt es auf den Zeitpunkt an. Jetzt zieht die Botschaft ihre Kreise, wie der Stein, der ins Wasser fällt.

Was mich beunruhigt, ist der ausbleibende Nachschub. Bisher erreichte uns zuverlässig alle zwei Wochen unser Fahrer aus Tical. Zugegeben, ein weiter Weg, auf dem vieles passieren kann. Es gibt jede Menge Schlaglöcher und Furten, marodierende Banden, Drogenschmuggler und korrupte Polizisten, die scharf auf unsere Vorräte sind. Vor zwei Monaten kam die letzte Ladung an, Konserven, Werkzeug, Batterien, Benzin und Diesel. Und Zigarillos für mich. Ich bin kein Jäger, hier gibt es keine Waffen. Als Vogelkenner weiss ich, wo die Nester liegen. Ich entnehme ihnen nur wenige Eier, dazu gibt es wilde Bananen. Langsam beneide ich Robinson um seinen Begleiter. Vor allem, seit immer mehr Radiostationen ausfallen. Warum, möchte ich immer weniger wissen. Unser Lagertechniker ist im Urlaub. Vielleicht ist an der Polsprung-Theorie doch etwas dran. Ich habe die Jeep-Antenne mit einem Draht mehrfach verlängert. Ab und zu sprühen Funken, auch wenn das Gerät abgeschaltet ist. An einem Meeting in Los Angeles, da hatte ich noch Diesel, wurde von ungewohnten Polarlichtern in südlichen Breiten berichtet. Die Jahreszeiten könnten sich verschieben oder, heftig umstritten, der Erdmantel über den Kern rutschen, eine Riesenkaskade von Erdbeben, Flutwellen und Vulkanausbrüchen wären die Folge. Wenn nur dieser verdammte Fahrer endlich käme! Denkt wohl, der Chef ist weg, und liegt stinkbesoffen in irgendeinem Puff.

Die «Leute der Schlange» konnten Sonnen- und Mondfinsternisse und die Umläufe der Planeten genau berechnen. Die berühmte lange Zählung umfasst 5125 Jahre oder 13 BakTun. Das Ende dieser Periode fällt wieder mit dem Schöpfungstag zusammen. Sie endet scheinbar ohne Fortsetzung an diesem verfluchten Dezembertag, falls die Übertragung

auf unserem Kalender stimmt. Eine ganz grosse Datumsgrenze, doch was bedeutet das schon, es gibt noch länger dauernde Zyklen. Die Zählung beruht auf einem Zwanzigersystem, zu dem ich den Text an der Westwand des Tempels von Palenque gefunden habe. Ein Relief zum Ruhme eines Königs, mühsam

weise haben anarchische Zustände die Verkehrssysteme lahmgelegt. Der Untergangswahn vernebelt den Verstand der Politiker und Militärs. Verträge werden aufgekündigt, Fabriken müssen stillgelegt werden, weil die Menschen zu Hause bleiben. Es ist die Stunde der Prediger, lange bevor etwas geschieht.

---

### «Durch das trübe Licht rieseln unablässig feine, schwarze Flocken.»

---

herausgehauen aus dem Geflecht der Lianen. Für jeden 20-jährigen Übergang steht eine Glyphe, der Tzutz, eine Hand mit einer Perle am ausgestreckten Zeigefinger. Erdbeben sollen die jetzige Welt zerstören. Dann werden Itzamna und seine Götterbegleiter durch das offene Himmelstor heraustreten. Eine Minderheit der Kollegen datiert das Ende auf ein 208 Jahre späteres Datum.

Ich war heute lange zu Fuss unterwegs. Der Duft des weissen Frangipani beruhigt. Kolibris stecken ihre langen Schnäbel in die weissen, gelben, rosa- und magentafarbenen Blüten. Die spanische Musik der botanischen Namen wie Lloria de Oro, Tulipan Chino oder Flamboyán Real begleitet meine Ausflüge. Als ich mich orientieren wollte, versagte mein GPS. Alleine ist Rufen sinnlos, es dauerte Stunden, bis ich meinen Ausgangspunkt wiederfand. Nachts flammen Spektralfarben am Sternenhorizont, wie ich sie noch nie gesehen habe. Wenn ich die Nachrichten der letzten Monate überdenke, bin ich doch etwas beunruhigt. Die Hysterie scheint sich auszuweiten. Es soll Hungersnöte geben, weil die Farmer ihre Arbeit einstellen, weil Lebensmittel im grossen Stil gehortet werden, weil die Börsen spekulieren oder das Militär strategische Reserven anlegt. Teil-

Vielleicht geschieht es gerade deshalb. Die einen laufen Amok, andere verprassen alles, was sie haben, wieder andere kümmern sich nur noch um sich und ihre Familien. Was machen mein Chef und die anderen Kollegen? Seit Monaten kann ich sie nicht mehr erreichen. Ohne Benzin komme ich nicht von hier weg. Hallo – hört mich jemand? Die Funkbatterien sind zu Ende.

Alle machen mobil, so viel habe ich gerade noch mitbekommen. Die Radiosprecher verbreiten Paranoia und geben Durchhalteparolen aus. Die Läden sind geplündert, überall wird gehamstert. Es gibt Länder, die offen mit dem Erstschlag ihrer atomaren Raketen drohen. Ich verstehe immer weniger, was hier vorgeht. Letzte Nacht flammten lange Feuerstreifen durch den Sternenhimmel. Seither scheint die Sonne blass durch schmutzig-graue Wolkendecken. Durch das trübe Licht rieseln unablässig feine, schwarze Flocken. Es ist viel zu kühl für diese Jahreszeit. Mit jedem Schritt hinterlasse ich weisse Abdrücke auf dem Aschenteppich. Ich beende mein Tagebuch und lege es mit den Unterlagen meiner Arbeit in eine Blechschachtel, die ich rundum mit Klebestreifen abdichte. Im Radio knistert es nur noch. Auch die Vögel sind verstummt.

Kurztext für Ärztinnen und Ärzte mit knappem Zeitbudget

## Radiology – Open 24 Hours

Richard O. Binswanger

Der Autor arbeitet als Konsiliararzt für Radiologie an den Kantonsspitalern Münsterlingen und Baden.

Patient's Needs Come First, wie an der Mayo Clinic vorgelebt [1]. Radiologen sind Dienstleister. Für die Patienten. Und für die Zuweiser, die ebenfalls Dienstleister sind.

Die Patienten sind anspruchsvoller geworden als früher. Dies unter anderem wegen der hohen Krankenkassenprämien. Diese werden als drückend empfunden. Und erwecken das subjektive Bedürfnis nach besserer Dienstleistung. Die Notfallstationen der Spitäler werden häufiger aufgesucht. Nicht nur wegen medizinisch begründeter Notfälle. Aber der Patient und der Zuweiser bestimmen heute, was ein Notfall ist.

### Die Erfahrungen in der Radiologie des Kantonsspitals Münsterlingen

In meiner Zeit als Chefarzt und darüber hinaus galten (und gelten) bindende Regeln über den Umgang mit (notfallmässigen) Zuweisungen. Der Kliniker entschied abschliessend über die Notfallmässigkeit. Die Radiologie war 24 Stunden kompetent besetzt. Nachts und am Wochenende wurden alle verfügbaren Untersuchungen angeboten, auch MRI, ausser einigen wenigen komplizierten, die das Team auf den nächsten Tag verschieben durfte. Für Patienten mit nicht dringlichen Untersuchungen, die auf der Notfallstation übernachteten, gab es einen *Early Morning Service* ab 7.00 Uhr, sodass deren Untersuchungen in den Morgenrapporten gezeigt werden konnten. Die notwendigen Beschlüsse konnten von den Klinikern gefasst werden, der Nachtassistent schloss den Fall ab. Der Patient wurde zügig behandelt oder konnte am gleichen Tag (auch an den Arbeitsplatz) entlassen werden.

### Widerstände

Widerstände gab natürlich in meiner Klinik, teils heftig und emotional vorgetragen. Unter diesen Regeln würden wir von den Patienten und den Klinikern ausgenützt. Das war aber nicht der Fall, obwohl es immer wieder behauptet wurde. Wenn ich den Fällen nachging, erwiesen sie sich immer als berechtigt,

manchmal aufgrund nicht-medizinischer Bedürfnisse des Patienten, aber auch das war beabsichtigt.

### Wer profitiert?

Zuallererst die Patienten. Ihre Diagnose ist früher bekannt, und die Behandlung kann zügig beginnen. Dann die Zuweiser innerhalb und ausserhalb des Spitals. Aber auch die Radiologie profitiert. Zeitraubende Diskussionen, ob

eine Untersuchung durchgeführt werden soll oder nicht, entfallen. Das Radiologieteam darf berechtigterweise stolz auf seine Dienstleistungsphilosophie sein. Die Akzeptanz der Radiologie wächst. Damit auch ihr Einfluss. Ihre Argumente in allen Fragen, welche die Sorge für Patienten betreffen, werden besser gehört und

berücksichtigt. Schliesslich profitieren das Spital und die Versicherungen finanziell, ein Trend, der

### Heute bestimmen der Patient und der Zuweiser, was ein Notfall ist.

sich mit den Diagnosis Related Groups (DRG) verstärken wird. So bekommt die Radiologie auch gegenüber dem Management mehr Gewicht.

### Fazit

«Open 24 Hours» in der Radiologie ist ein Muss angesichts der zunehmenden Industrialisierung der Medizin. Von dieser Tatsache profitieren vorab die Patienten, verlieren weniger Zeit, können früher an ihren Arbeitsplatz zurückkehren. Sie beschleunigt die Diagnosefindung und die Behandlung. Sie vermindert Konflikte im Spital, vor allem werden die Radiologen nicht ausgenützt. Die Abläufe im Spital werden effizienter. Das Renommé des Spitals gewinnt. Das Spital und die Versicherungen profitieren in finanziellen Belangen. Unter der Prämisse des «Patient's Needs Come First» gibt es keine Verlierer.



1 Berry LL, Selterman KD. Management Lessons from Mayo Clinic. McGraw-Hill; 2008.

Korrespondenz:  
Dr. med. Richard O. Binswanger  
Radiologie und Nuklearmedizin  
FMH  
Führungsschule Bodensee  
Münsterlingen  
Oberer Seeweg 9  
CH-8597 Landschlacht  
r.binswanger[at]bluewin.ch  
www.fsb-spital.ch

## Sprachlos

Ich könnte es (!) beim Titel nur bewenden lassen  
und mich (!) damit in alle Kürze fassen,  
dass ich nun leider einfach sprachlos sei  
und alle Welt um mich ein Aller- oder Einerlei.

Doch wenn dies letzte Wort in mir erklingt  
und immer neu um Deutung ringt,  
so kann's im Klang des einen Worts geschehen,  
statt nur der Losigkeit das Los zu sehen.

Als ob die Sprache mir Gewinn verhiesse,  
wenn ich mich nicht vor dieser Welt verschliesse,  
dass sich dann in mir Worte fänden,  
die mich mit meiner Lebenswelt verbänden,

indem sie sanft auf Atemschwingen  
von mir aus in die Umwelt dringen  
und dort sich in den Sprachen mehren,  
um reicher noch zurückzukehren.

Gesprochne Worte gehen scheinbar nur im Wind verloren –  
sie ziehen schwingend Spuren in den fremden Ohren,  
die sie impulsgerecht zum Hirne leiten,  
aus dem sie als Person ertönend gleiten.

Das Los, Person zu werden, wär schon selbst Gewinn,  
es gäbe unserer Entwicklung Sinn,  
als wollte das Geschick geschickt mir zeigen,  
dass wir doch besser reden als nur schweigen,  
denn die Geschichte lässt uns wissen,  
dass wir die Lose selber kaufen müssen.

*Jürg Kesselring, Valens*



# Die Verschreibung von Plazebos – eine heikle ethische Frage



Jean Martin

Seit einer Generation gibt es die Patientenrechte, und seither ist die Notwendigkeit einer verständlichen, umfassenden Information des Kranken über die Beobachtungen des Arztes, seine Untersuchungen und die empfohlenen Therapieansätze in den Vordergrund gerückt. In diesem Kontext erhält auch die Plazebo-Frage eine neue Dimension.

Der Ethikkodex des US-Ärzteverbandes (AMA) untersagt den Ärzten die Verschreibung von Substanzen, die sie für Plazebos halten, sofern der Patient nicht davon in Kenntnis gesetzt wurde und mit der Verordnung einverstanden ist [1]. Ein kürzlich publizierter Artikel im *Hastings Center Report* [2] erörtert den Unterschied zwischen zwei Lehrmeinungen: Die eine verlangt, sich auf den fachlichen Konsens darüber zu beziehen, was ein Plazebo ist, und die andere qualifiziert nur jene Substanzen oder Verfahren als Plazebo, die vom behandelnden Arzt selbst als solches betrachtet werden. Wenn also der Arzt eine Substanz verabreicht, die von der Mehrheit der medizinischen Fachwelt als Plazebo definiert wird, er selbst jedoch die Ansicht vertritt, besagte Substanz sei real wirksam, so wäre (deontologisch) keine Plazebobehandlung gegeben. Diese zweite Lehrmeinung entspricht der von der AMA vertretenen Sichtweise, die Barnhill kritisiert.

Ein Beispiel: Die Homöopathie wird von vielen Schulmedizinern als Plazebo eingestuft, offenkundig aber nicht von jenen, die sie praktizieren. Von der Akupunktur spricht Barnhill überraschenderweise auch, als würde sie von vielen noch als Plazebo betrachtet, obschon ihr heute – insbesondere in der Schmerzbehandlung – eine Wirkung zugesprochen wird.

Einige Empfehlungen der AMA aus dem Jahr 2006: «Der Arzt soll Plazebos nur dann zu Diagnosezwecken oder zur Behandlung einsetzen, wenn der Patient darüber informiert wurde und damit einverstanden ist. Plazebos können wirken, selbst wenn der Patient weiss, dass sie zum Einsatz kommen, sie jedoch nicht als solche erkennen kann (...). Auf diese Weise wahrt der Arzt die Autonomie des Patienten und schafft ein Vertrauensverhältnis». «Wenn dem Arzt erlaubt ist, seine eigene positive Meinung zu einer Methode zu vermitteln, ohne dabei der mehrheitlichen Skepsis seiner Berufskollegen Rechnung zu tragen, so kann dies die Empfänglichkeit des Patienten und die Wirksamkeit einer Behandlung verbessern, aber auch die Autonomie des Patienten in Frage stellen».

Zwischen den Extremen Schwarz und Weiss gibt es in diesem Zusammenhang eine breite Grauzone –

angefangen beim Arzt, der ganz bewusst etwas verschreibt, von dem er weiss, dass es nicht wirksam ist, bis hin zu dem, der ein gängiges Medikament für eine Indikation verschreibt, die nicht wissenschaftlich nachgewiesen ist. Auch die Verschreibung von Antibiotika bei einer viralen Erkrankung bedeutet, dass ein Plazebo verabreicht wird. Ein weites Feld ...

Der Begriff Plazebo steht nicht nur für Produkte, sondern auch für Techniken, vor allem im Bereich der alternativen Behandlungsmethoden. Auch hier sind die einen der Meinung, es handle sich um reine Plazebos und Autosuggestion, während jene, die sie vorschlagen, von der Wirkung überzeugt sind. Dazu zählen u. a. Techniken wie Yoga, Entspannung und Meditation. Die Älteren unter uns erinnern sich an die «Behandlung» von Warzen, bei der ein Röntgengerät «im Leerlauf» zum Einsatz kam ... Von aktueller Bedeutung ist die Frage nach der Plazebo-Chirurgie: Um einen chirurgischen Eingriff als wirksam einzustufen, muss er aus Sicht der evidenzbasierten Medizin mit der *Sham Surgery* (Eingriff ohne Beseitigung der Eingriffsursache) verglichen werden. In diesem Fall ist es klar, dass die vorherige Zustimmung des Patienten zwingend erforderlich ist.

Generell könnte man in diesem Kontext denken: «Wer heilt, hat recht.» Dies wird jedoch heftig von jenen bestritten, die da meinen, die evidenzbasierte Medizin sei die alleinige Wahrheit. Demgegenüber kann argumentiert werden, dass wir nicht einfach Techniken als unwirksam ablehnen sollten, nur weil wir ihren Wirkmechanismus (noch) nicht verstehen.

Einige Bioethiker vertreten die Meinung, es sei ethisch, Plazebos zu verabreichen, ohne den Patienten zu informieren, wenn dies die beste verfügbare Behandlungsmethode sei [3, 4]. Beispielsweise in Fällen, in denen die wissenschaftliche Medizin an ihre Grenzen stösst, wenn Kranke durch Behandlungen, deren Wirksamkeit nachgewiesen ist, keine Erleichterung erfahren oder wenn eine Behandlung intolerable Nebenwirkungen zeitigt.

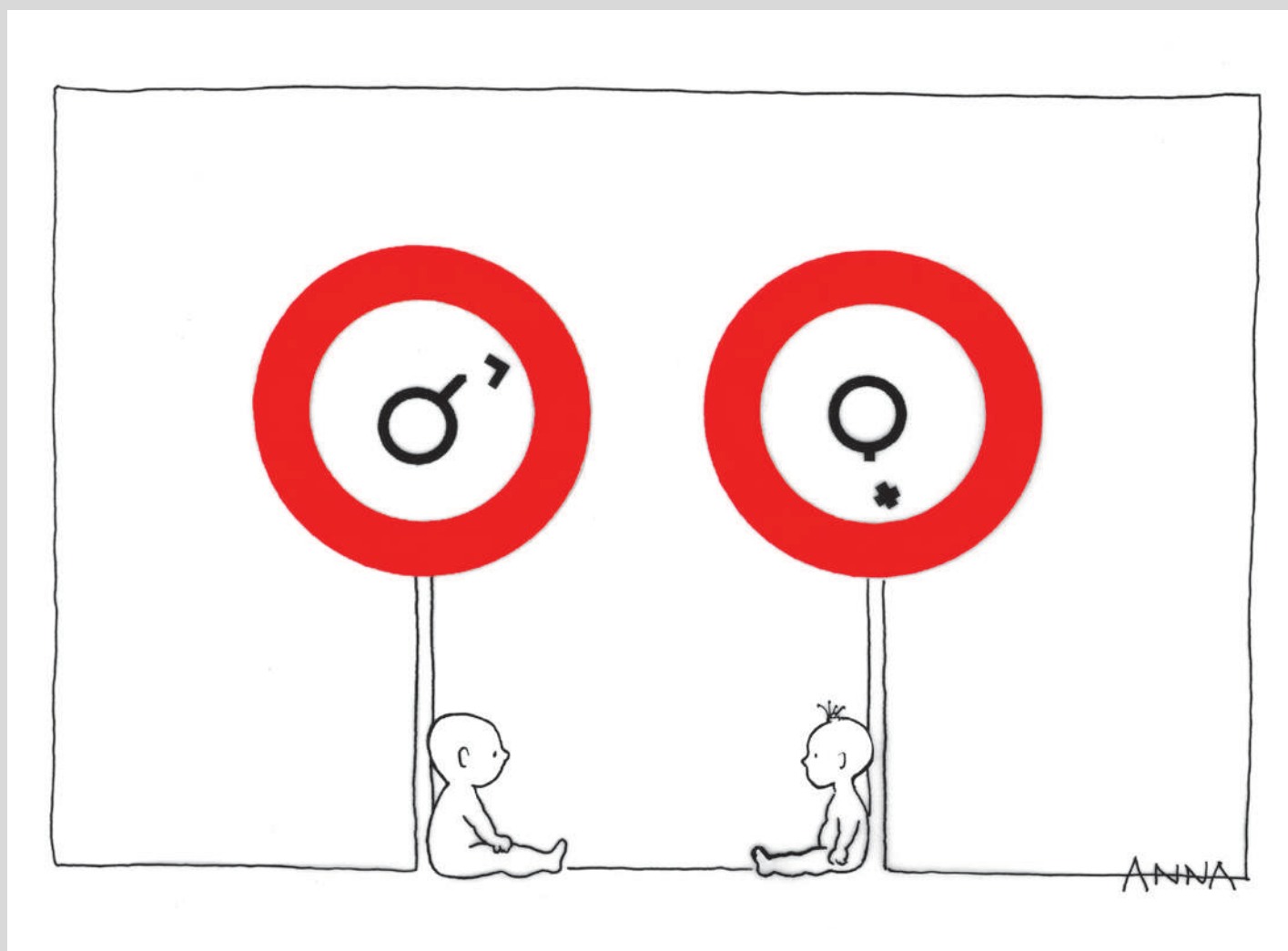
«Der Arzt kann die Verwendung von Plazebos vermeiden und dennoch Plazeboeffekte auslösen, wenn er auf kompetente Weise beruhigend und ermutigend auf den Patienten einwirkt und *good bedside manner* walten lässt» [2]. Der Arzt ist im praktischen Alltag häufig selbst das Plazebo, selbst wenn er diese grundsätzlich nicht verschreiben will.\*

Jean Martin, Redaktionsmitglied,  
Mitglied der Nationalen Ethikkommission

\* Zusammen mit der Medizinischen Fakultät Zürich organisierte die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften im November 2009 die Veranstaltung «Plazebo-interventionen im ärztlichen Alltag»: [www.samw.ch/Projekte/Archiv/Plazebointerventionen-im-aerztlichen-Alltag.html](http://www.samw.ch/Projekte/Archiv/Plazebointerventionen-im-aerztlichen-Alltag.html)

Das Institut für Biomedizinische Ethik Zürich organisiert Ende August 2012 in Ascona ein Symposium zum Thema «Beyond the placebo»: <http://www.ethik.uzh.ch/ibme/veranstaltungen/placebo.html>

- 1 AMA. Code of Medical Ethics, Opinion 8.083: Plazebo Use in Clinical Practice. 2006.
- 2 Barnhill A. Clinical use of placebos: Still the physician's prerogative? *Hastings Center Report*. 2012;42 (3):29–37.
- 3 Kolber A. A limited defense of clinical placebo deception. *Yale Law and Policy Review*. 2007–8;26;75–134.
- 4 Foddy B. A duty to deceive: placebos in clinical practice. *American Journal of Bioethics*. 2009;9 (12):4–12.



[www.annahartmann.net](http://www.annahartmann.net)

Die letzte Seite der SÄZ wird von Anna frei gestaltet, unabhängig von der Redaktion.