



Synapse

Die Synapse finden Sie unter:

www.synapse-online.ch

- 4 **Tabu I: Sexuelle Übergriffe in Arztpraxen**
Konkrete Hilfe durch die Patientenlauf- und Beratungsstelle (PABS)
- 5 **Tabu II: Sterben und Sterbehilfe**
«Palliativmedizin gehört zu den Aufgaben aller Mediziner»
- 7 Wenn Unausprechliches zum Thema wird, kommt das einem Tabubruch gleich
- 9 Warum ich EXIT-Mitglied bin
- 10 **Tabu III: Essstörungen / Anorexia nervosa**
Die «innere Stimme» anders hören lernen!

Schwerpunktthema: Tabu

- 12 Jugendgesundheitsbericht Basel-Stadt 2012
- 13 Jubiläum Kantonsspital Baselland: Medizin im Spiegel der Zeit
- 14 Die «Seite der Hausärztinnen und Hausärzte» (VHBB)

Das offizielle Kommunikationsorgan der Ärztegesellschaft Baselland und der Medizinischen Gesellschaft Basel

Editorial



Tabu I: Sexuelle Übergriffe in Arztpraxen

Sprachlosigkeit überwinden und Patienten stärken

Die FMH-Ärztammer entscheidet Anfang Dezember 2012, ob Patientinnen und Patienten, die in Arztpraxen missbraucht worden sind, im Standesverfahren mehr Rechte erhalten sollen.

Tabus ansprechen!

Liebe Leserinnen und Leser

In dieser Synapse-Ausgabe finden Sie trotz Jahresausklang keine leichte Kost. Damit wollen wir natürlich keinesfalls einer Winterdepression Vorschub leisten, sondern Tabus benennen. Tabus sind Themen, die stillschweigend gesellschaftlich geregelt und geduldet sind. Es sind unausgesprochene soziale Normen. Eine Diskussion über diese Themen kommt oft nur schwer in Gang, da diese oft von Angst besetzt sind oder verdrängt werden.

Dazu gehört zum Beispiel die **Sterbehilfe**, ein Thema, das uns Ärztinnen und Ärzte direkt betrifft. Denn der Fortschritt in der Medizin stellt uns vor das Problem der Lebenserhaltung: Wie lange? Welches Leben in welcher Qualität? Wer bestimmt, was lebenswertes Leben ist? «Eritis sicut Deus scientes bonum et malum» (Genesis 3,5). Was beispielsweise im Dritten Reich (des letzten Jahrhunderts) geschah, oder was heute in gewissen Ländern bezüglich Organentnahme geschieht, darf nicht vergessen werden. Angehörige unserer Profession müssen immer darauf achten, dass sie nicht instrumentalisiert

→ Fortsetzung Seite 3

Mit einem Artikel in der Schweizerischen Ärztezeitung begann im Frühling 2010 die derzeit aktuelle Auseinandersetzung mit dem Thema sexuelle Übergriffe durch Ärzte und – wenn auch deutlich seltener – durch Ärztinnen. Die zwei Basler Psychiaterinnen Silvia Cueni und Maya Schuppli monierten, dass die Ärzteschaft sich nicht genügend für den Schutz der Patientinnen und Patienten einsetze, die Standesverfahren intransparent seien und dass nicht energisch genug gegen wiederholt angezeigte Kollegen vorgegangen werde – auch nicht von Seiten der Aufsichtsbehörden. Sie haben leider gute Argumente: In ihrer langjährigen Mitarbeit bei der Basler Berufsordnungskommission waren sie immer wieder mit gänzlich unbefriedigenden Standesverfahren oder Verfahren der Aufsichtsbehörden konfrontiert.

Sexuelle Übergriffe in ärztlichen Behandlungen sind keine vernachlässigbare Randerscheinung. Die Daten – soweit vorhanden – lassen auf eine grosse Dunkelziffer schliessen, lange nicht alle Übergriffe werden angezeigt. Zum einen haben die Betroffenen mit schwierigen Gefühlen zu kämpfen, zum anderen sind vielerorts weder die Standesverfahren noch die Verfahren bei der Aufsichtsbehörde so gestaltet, dass Patientinnen sich unterstützt fühlen. Bei wem können sie überhaupt eine Anzeige erstatten? Wie viele Hindernisse müssen dabei überwunden werden? Wie lange dauert es, bis eine Patientin nach der Anzeige eine Reaktion erhält?

Das kann nicht so bleiben! Der Ärztekammer vom 6. Dezember 2012 schlagen wir vor, den Patientinnen im Standesverfahren mehr Rechte einzuräumen. Sie sollen wählen können, ob sie wie bisher einfach eine Anzeige erstatten oder ob sie im Verfahren als Partei auftreten wollen. Der Luzerner Anwaltsverband zum Beispiel kennt eine solche Regelung bereits: Wer gegen einen Anwalt oder eine Anwältin vorgehen will, kann entweder eine Beschwerde einreichen – und ist dann Partei und nimmt am Verfahren teil, oder einfach eine Anzeige machen – und wird dann einfach über den Abschluss des Verfahrens informiert (nicht aber über den Inhalt des Verfahrens). Diese Wahl möchten wir den Patientinnen ebenfalls ermöglichen. Es dauert ja oft lange, bis Patientinnen den Missbrauch zur Sprache bringen können, sei es im Rahmen einer Psychotherapie, sei es beim Hausarzt oder auf einer entsprechenden Beratungs-

→ Fortsetzung Seite 3



Dr. med. Christine Romann

stelle. Scham, Wut und Trauer müssen ausgehalten werden, es braucht Mut, den betreffenden Arzt anzuzeigen. Wenn die Patientinnen dann am Ende dieses langen und kräfteaubenden Weges mit einer knappen Mitteilung über den Verfahrensausgang bedacht werden, steht das in keinem Verhältnis zu ihrem beträchtlichen emotionalen, zeitlichen und manchmal auch finanziellen Aufwand. Zudem haben sie keine Möglichkeit, sich noch einmal einzubringen, während der angezeigte Arzt auf die Vorwürfe eingehen und seine Sicht der Dinge ausführlich darlegen kann, – zu Recht fühlen sie sich zu wenig ernst genommen.

Auch die Aufsichtsbehörden müssen konsequenter vorgehen.

Wir brauchen eine starke Aufsichtsbehörde, die ihre Pflicht in allen Kantonen nach einheitlichen Kriterien erfüllt. Wiederholte sexuelle Grenzverletzungen sind nicht vereinbar mit einer ärztlichen Tätigkeit. Das soll auch jedem Facharzt, jeder Fachärztin am Ende der Weiterbildung bewusst sein! Zusammen mit dem Schweizerischen Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) und den Fachgesellschaften wollen wir Wege suchen, jeden angehenden Arzt, jede angehende Ärztin zu befähigen, den Artikel 4 unserer Standesordnung, den ich hier gerne zitiere, einzuhalten: «Arzt und Ärztin dürfen ein sich aus der ärztlichen Tätigkeit ergebendes Abhängigkeitsverhältnis nicht missbrauchen, insbesondere darf das Verhältnis weder emotionell oder sexuell noch materiell ausgenützt werden.» Es liegt stets am Arzt, die Verantwortung zu übernehmen für die Einhaltung der Grenzen. Das ist nicht immer so einfach, wie es auf dem Papier aussieht! Was, wenn man in einer Krise ist und eine Patientin verständnisvoll tröstend wird? Und die Aussicht, diesen Trost im Bett enden zu lassen, sehr verlockend wird? Was, wenn die Idealisierung durch eine Patientin das beschädigte Selbstwertgefühl scheinbar zu stabilisieren vermag und die Versuchung gross wird, das auch sexuell auszunützen?

Solche Themen sind nicht nur für die angehenden Ärztinnen und Ärzte aktuell, sondern auch in einem langen Berufsleben als praktizierender Arzt. Deshalb möchten wir dazu anregen, auch in der Fortbildung geeignete Gefässe für eine fruchtbare Auseinandersetzung mit dem Thema zu schaffen.

Die Ärztekammer wird im kommenden Dezember die Weichen stellen müssen für einen besseren Schutz unserer Patientinnen und Patienten – und letztlich auch für den Schutz der Kollegen und Kolleginnen. Sexuelle Grenzverletzungen richten einerseits bei den betroffenen Patientinnen und Patienten sehr viel Schaden an, sie gefährden andererseits aber auch die berufliche und die persönliche Existenz der Ärztinnen und Ärzte.

Dr. med. Christine Romann

Fortsetzung Editorial von Seite 1

werden. Spezialistentum und Systeme geteilter Verantwortung führen zu einer Anfälligkeit in dieser Hinsicht. Es geht um grundlegende Werte, um die Würde und Freiheit des Menschen. Der hippokratische Eid war einer der ersten Versuche für unseren Berufsstand, hierzu Regeln aufzustellen. Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) ruft nun einerseits in ihrem Positionspapier «Nachhaltige Medizin» dazu auf, nicht alles Machbare zu machen. Andererseits gerieten genau deshalb kürzlich Ärztinnen und Ärzte in Konflikt mit der SAMW, weil sie dies befolgten.

Auch bei **Essstörungen** – ein weiteres Tabuthema – geht es neben dem Offensichtlichen um Hintergründiges, zum Beispiel um Autonomie, Aggression, Wut, Ohnmacht. Der Aufbau eines suffizienten Behandlungs- und Betreuungs-

netzes ist dabei äusserst anspruchsvoll. Dazu gehört auch die Frage: Welche versteckten Werbebotschaften vermitteln junge, anorektische Frauen (der Begriff «Models» scheint mir in diesem Zusammenhang euphemistisch und deshalb hier nicht angebracht) an andere junge Frauen?

Um Macht und Ohnmacht, um missbrauchte Macht und Abhängigkeit geht es auch bei **sexuellen Übergriffen** im Zusammenhang mit ärztlichen Behandlungen. Wie sollen Betroffene vorgehen? Zwei Artikel beziehen Stellung und geben Auskunft.

Wir wünschen Ihnen eine angeregte Lektüre, einen besinnlichen und erholsamen Jahresausklang und einen guten Start ins Jahr 2013, in dem wichtige Entscheidungen, zumindest auf der politischen Ebene, für unseren Berufsstand anstehen.

Dr. med. Carlos Quinto

Impressum

Anschrift der Redaktion

Redaktion Synapse
Schweiz. Ärzteverlag EMH
Farnsburgerstrasse 8, CH-4132 Muttenz
Mail: synapse@emh.ch

Mitglieder der Redaktion

Dr. med. Tobias Eichenberger, Facharzt für Urologie FMH
med. pract. Katja Heller, Fachärztin für Kinder und Jugendliche FMH
Dr. med. Peter Kern, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH
Dr. med. Alexandra Prünfte, Fachärztin für Ophthalmologie und Ophthalmochirurgie FMH
Dr. med. Carlos Quinto MPH, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH
Bernhard Stricker, lic. phil., Redaktor BR, Bern,
Ruedi Bienz, Vorsitzender GL, EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Basel

Verantwortlicher Fortbildungskalender

Dr. med. Julian Mettler, Mail: julian.mettler@hin.ch

Verlag

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

Layout, Satz und Druck

Schwabe AG, Basel/Muttenz

Erscheinungsweise

erscheint sechsmal jährlich

Abonnementskosten

Jahresabonnement CHF 50.–

Inserate

EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG
Nadja Huber, Assistentin Inserateregie
Farnsburgerstrasse 8, CH-4132 Muttenz
Tel. 061 467 85 88, Fax 061 467 85 56
nhuber@emh.ch

«Synapse» im Internet: www.synapse-online.ch



Sekretariat der Ärztesellschaft Baselland

Lic. iur. Friedrich Schwab, Rechtsanwalt
Renggenweg 1, CH-4450 Sissach
Tel. 061 976 98 08, Fax 061 976 98 01
E-Mail: fschwab@hin.ch



Sekretariat Medizinische Gesellschaft Basel

Dr. Jennifer Langloh-Wetterwald
Marktgasse 5, CH-4051 Basel
Tel. 061 560 15 15, Fax 061 560 15 16
E-Mail: info@medges.ch

Redaktionsschluss der nächsten Ausgabe: 21.1.2013

Konkrete Hilfe durch die Patientenlauf- und Beratungsstelle (PABS)

Nach langer vorbereitender Arbeit und intensivem Engagement freipraktizierender Kolleginnen und Kollegen aus den Bereichen Psychiatrie und Allgemeinmedizin hat die Mitgliederversammlung der Medizinischen Gesellschaft Basel am 29.03.2001 der Einführung einer Patientenlauf- und Beratungsstelle (PABS) zugestimmt.

Die Notwendigkeit für die Schaffung einer spezialisierten Beratungsstelle für Patientinnen und Patienten, die durch Ärztinnen und Ärzte missbraucht werden, hat sich im Laufe der Jahre immer deutlicher abgezeichnet. Aufgrund kanadischer Zahlen war davon auszugehen, dass im Gesundheitswesen rund ein Prozent der Bevölkerung im Zeitraum von fünf Jahren von sexuellen Missbräuchen durch Fachleute betroffen ist.

Durch die damals geschaffene Stelle können betroffene Patientinnen und Patienten sich an ausgewiesene Fachpersonen wenden und sich (durch die MedGes finanziert) beraten lassen. Meistens benötigen Opfer oder ihre Angehörigen zusätzliche Unterstützung und Begleitung. Sexuelle Handlungen gegenüber Patientinnen und Patienten sind mit der ärztlichen Tätigkeit in keinem Fall zu vereinbaren. Die Standesordnung der FMH hat dies in Art. 4 für alle Mitglieder verbindlich festgehalten. Sexuelle Handlungen bedeuten eine Ausnützung einer Abhängigkeitsbeziehung, wie sie jede Arzt-Patienten-Beziehung charakterisiert. Sie sind als sexuelle Gewalt zu bezeichnen, auch wenn keine direkte physische Gewalt mit im Spiel sein mag oder der intime Kontakt scheinbar konsensuell erfolgt.

Die PABS bietet eine niederschwellige Beratung bei Missbrauch in ärztlichen Be-

handlungen an, schwerpunktmässig bei sexuellen Übergriffen und psychischen Verletzungen. Die PABS hat keinerlei sanktionierende Kompetenzen. Sie berät die Ratsuchenden, die je nach Ausgangslage notwendigen Schritte einzuleiten (Klage an den Ehrenrat der MedGes oder an die Aufsichtsbehörde). Ziel ist, ausgehend von der jeweiligen individuellen Situation, die für die betreffende Person beste und angemessene Lösung zu suchen. Die Medizinische Gesellschaft verfolgt bewusst eine Politik der offenen Tür und versucht alles, den Betroffenen und ihren Angehörigen einen niederschweligen Zugang zu garantieren.

Für die betroffenen Patientinnen und Patienten hat die Medizinische Gesellschaft Basel bei der Stiftung Medizinische Notrufzentrale (MNZ) eine eigene Nummer eingerichtet, welche rund um die Uhr bedient wird (**Telefonnummer PABS 061 560 15 50**). Die Mitarbeiterinnen der MNZ wurden eingehend geschult. Ein Anruf bei der MNZ garantiert den Betroffenen einen Rückruf durch die qualifizierten PABS-Ärztinnen und -Ärzte innert 48 Stunden. Die durch diese Fachpersonen geführten ersten drei persönlichen Gespräche werden durch die MedGes finanziert, die Beratung für die Betroffenen ist somit kostenlos. Die Beraterinnen und Berater der PABS stehen in engem Kontakt mit dem Ehrenrat der MedGes, dem Ombudsmann der MedGes sowie dem Gesundheitsdepartement als Aufsichtsorgan.

Die PABS wurde in den letzten Jahren durchschnittlich viermal jährlich angerufen. Einige der Fälle wurden an den Ehrenrat der Medizinischen Gesellschaft oder an das Gesundheitsdepartement weitergeleitet.

Das aktuelle Team der PABS-Ärztinnen und -Ärzte:

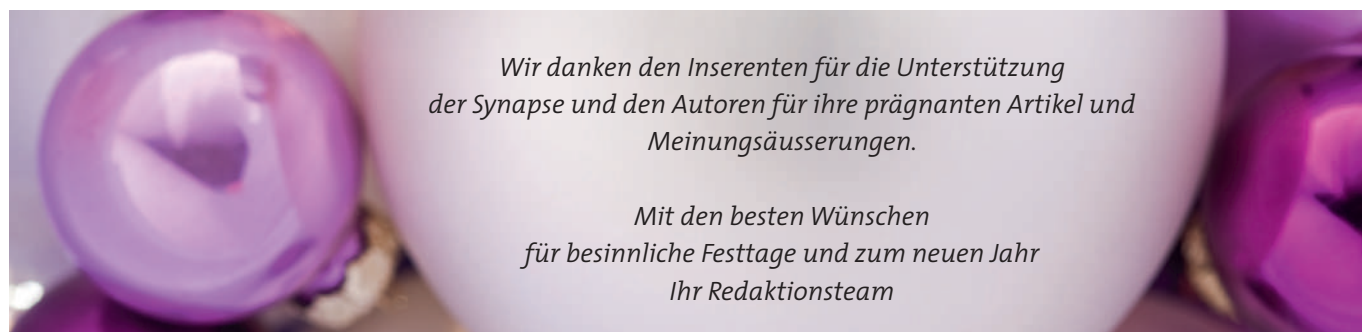
Dr. med. Barbara Rost, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, FMH Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Präsidentin
Dr. med. Pascal Berger, FMH Psychiatrie und Psychotherapie
Dr. med. Daniela Odenheimer, FMH Psychiatrie und Psychotherapie
Dr. med. Sylvia Peters, FMH Allgemeine Innere Medizin; Zusatzausbildung Psychotherapie

Ablaufschema PABS:

- Patientin ruft bei der Stiftung Medizinische Notrufzentrale (MNZ) auf die Nummer 061 560 15 50 an. Diese eigene Telefonlinie ist rund um die Uhr besetzt.
- Die MNZ nimmt die Koordinaten und den Sachverhalt auf und leitet diese an die diensthabende PABS-Ärztin weiter.
- Die PABS-Ärztin oder -Arzt ruft die Patientin innerhalb von 48 Stunden zurück.
- Die Patientin wird zu einem Beratungsgespräch eingeladen und fachlich beraten. Dazu gehören das Aufzeigen der möglichen Wege (Ehrenrat, Aufsichtsbehörde, Ordentliches Gericht usw.) sowie die Begleitung und Unterstützung bei ihrem Entscheidungsprozess und bei einer allfälligen Einleitung von Massnahmen.

Dr. iur. Jennifer Langloh

PS: Die Ärztesgesellschaft Baselland unterstützt das Projekt PABS und arbeitet aktiv mit. Ziel ist ein niederschwelliges Angebot für die ganze Region.



Wir danken den Inserenten für die Unterstützung der Synapse und den Autoren für ihre prägnanten Artikel und Meinungsäusserungen.

*Mit den besten Wünschen für besinnliche Festtage und zum neuen Jahr
Ihr Redaktionsteam*

Fragen an Dr. theol. Ruth Baumann-Hölzle, Leiterin des Instituts Dialog Ethik in Zürich

«Palliativmedizin gehört zu den Aufgaben aller Mediziner»



Dr. theol. Ruth Baumann-Hölzle

Das Institut Dialog Ethik, die Schweizerische Herzstiftung sowie der Schweizerische Verband für Seniorenfragen haben im Herbst 2012 eine neue, ausführliche Patientenverfügung herausgegeben. Diese will «durch ihre Genauigkeit und ihre Aufklärungsfunktion den Geist des neuen Erwachsenenschutzrechts widerspiegeln», das ab 1.1.2013 in Kraft tritt und die Patientenautonomie fördern will. Was das – für Patienten und für Ärzte – genau heisst, hat Synapse-Redaktor Bernhard Stricker im Dialog mit Dr. theol. Ruth Baumann-Hölzle herauszufiltern versucht.

Synapse: Was ist bei der neuen Patientenverfügung des Instituts Dialog Ethik, der Herzstiftung und des Seniorenverbandes neu und anders gegenüber früheren und anderen Patientenverfügungen – etwa jener der FMH?

Ruth Baumann-Hölzle: Für die Überarbeitung der Patientenverfügung von Dialog Ethik, der Schweizerischen Herzstiftung und des Schweizerischen Verbands für Seniorenfragen waren zwei Beweggründe ausschlaggebend: Auf der einen Seite die langjährige klinische Erfahrung von Dialog Ethik mit komplexen Entscheidungssituationen in Medizin und Pflege und auf der anderen Seite die neuen Anforderungen des neuen Erwachsenenschutzrechts.

Dialog Ethik begleitet seit über zehn Jahren Behandlungsteams bei schwierigen medizin-ethischen Entscheidungen am Lebensende in Spitälern und Heimen. Die Erfahrung zeigt, dass eine ausführliche Patientenverfügung mit klaren und differenzierten Anweisungen vom Behandlungsteam auch wirklich umgesetzt werden kann. Im Gegensatz dazu ist z. B. eine allgemein formulierte Ablehnung lebenserhaltender Massnahmen für

die behandelnden Ärzte selten hilfreich bei der Entscheidungsfindung. Eine solche Verfügung wiedergibt nur einen vagen Patientenwillen und ist kaum handlungsweisend. Stattdessen müssen Ärzte und Pflegendе aus der Patientenverfügung konkrete Instruktionen entnehmen können, wie sie in Situationen, in denen Patienten ihren Willen nicht mitteilen können, vorzugehen haben.

Ausführlichkeit der Anordnungen einer Patientenverfügung wird ebenso vom neuen Erwachsenenschutzrecht gefordert, damit die Patientenverfügung für die Ärzte verbindlich ist. Ab dem 1. Januar 2013 werden Ärzte verpflichtet sein, den Anordnungen einer Patientenverfügung zu entsprechen (ausser, wenn diese gegen gesetzliche Vorschriften verstossen oder wenn begründete Zweifel bestehen, dass sie auf freiem Willen beruhen oder dem mutmasslichen Willen des Patienten entsprechen). Damit der Verfügung die gleiche Wirkung zukommt wie der direkten Äusserung eines urteilsfähigen Patienten, müssen sich die Anordnungen der Verfügung auf eine konkrete Behandlungssituation sowie auf spezifische medizinische Massnahmen beziehen. Nach Art. 373 ZGB ist eine Patientenverfügung, deren Anordnungen ungenügend bestimmt sind, rechtlich unwirksam.

Aus diesem Grund ist die neue Patientenverfügung von Dialog Ethik, der Schweizerischen Herzstiftung und des Verbands für Seniorenfragen ausführlicher als die frühere Version. Das neue Dokument hat eine stärkere Aussagekraft, lässt weniger Spielraum für Interpretationen und schöpft die Möglichkeiten des neuen Rechts optimal aus. Unsere neue Patientenverfügung ist eine der ausführlichsten Verfügungen überhaupt in der Schweiz und unterscheidet sich bezüglich Bestimmtheit, Klarheit und Prägnanz von anderen Verfügungen.

Sie schreiben in Ihrer Pressemitteilung: «Die vorliegende Patientenverfügung widerspiegelt durch ihre Genauigkeit und ihre Aufklärungsfunktion den Geist

des neuen Erwachsenenschutzrechts.» Was ist das für ein Geist?

Eines der Ziele des neuen Erwachsenenschutzrechts ist die Stärkung der Selbstbestimmung der urteilsunfähigen Person. Nach neuem Recht werden die Anordnungen einer Patientenverfügung einer tatsächlichen Entscheidung eines urteilsfähigen Patienten gleichgestellt, sofern die Entscheidungen der Patientenverfügung genug präzise und bestimmt sind. Nun können Verfügende detaillierte und präzise Anordnungen nur treffen, wenn sie in Kenntnis der medizinischen Sachlage sind. Sie müssen eine genaue Vorstellung von den klinischen Situationen der Urteilsunfähigkeit, die eintreten könnten, von den medizinischen Massnahmen, die dann erforderlich sein könnten, und den Konsequenzen ihrer Unterlassung haben. Unsere Patientenverfügung listet die häufigsten und problematischsten Situationen der Urteilsunfähigkeit auf. In der zur Patientenverfügung gehörenden Wegleitung werden die Auswirkungen der Unterlassung der jeweils erforderlichen medizinischen Massnahmen in einer für Laien verständlichen Sprache aufgeführt. Die Patientenverfügung und die Wegleitung befähigen somit die Verfügenden zu aufgeklärten und selbstbestimmten Entscheidungen, wie das neue Erwachsenenschutzrecht beabsichtigt.

Sie zitieren in Ihrer Pressemitteilung zudem Forscher der Universität Missouri, die kürzlich zum Schluss gekommen sind, dass die Beschäftigung mit dem Tod die Menschen letztlich glücklicher und sozialer mache. Wie kann man so etwas feststellen? Und was ziehen Sie daraus für Schlüsse?

Bei den Beratungen mit Menschen, die bei Dialog Ethik eine Patientenverfügung machen wollen, stellen wir einerseits fest, dass die Errichtung einer Patientenverfügung emotional anspruchsvoll ist; andererseits sehen wir auch, dass Personen erleichtert sind, wenn sie diesen Schritt getan haben. Sie haben die Gewissheit, dass sie in Situationen, in de-

nen sie ihre Behandlungs- und Betreuungswünsche nicht mehr formulieren können, nach ihrem Willen versorgt werden. Dies wirkt beruhigend und erlaubt den Verfügenden, sich dem Leben zu widmen und ihre Aufmerksamkeit auch auf die Bedürfnisse ihrer Mitmenschen zu richten. Insofern bestätigt diese Studie unsere Erfahrungen.

Patientenverfügungen sind seit ein paar Jahren ein wichtiges gesellschaftliches Thema geworden. Heute sind rund 60 solcher Verfügungen erhältlich. Wie interpretieren Sie diesen Trend, die Umstände des Sterbens schriftlich festzuhalten?

Diese Tendenz ist auf verschiedene Faktoren zurückzuführen. Autonomie und Selbstbestimmung spielen in unserer Gesellschaft eine wichtige Rolle. Eine Patientenverfügung erlaubt, die Selbstbestimmung auch in Situationen der Urteilsunfähigkeit zu bewahren. Das Bedürfnis, die Umstände des Sterbens schriftlich festzuhalten, ist auch eine Folge des medizinischen Fortschritts. Bis vor ca. 60 Jahren wurde der Tod als Feind bekämpft. Gegen ihn hatten Ärzte wenige Mittel zur Verfügung. Dank den riesigen Fortschritten der Medizin ist heute das «natürliche» Sterben selten geworden. Zwei Drittel der Todesfälle sind heute medizinisch absehbar und in der Schweiz sterben über 40 Prozent der Patienten, nachdem eine medizinische Entscheidung zum Abbruch oder zur Nicht-Einleitung lebenserhaltender Massnahmen getroffen wurde. Die Sterbephase ist zu einer Zeit geworden, die gestaltet werden muss. Eine Patientenverfügung erlaubt, die Zeit, in der man den eigenen Willen nicht mehr direkt kundtun kann, selbstbestimmt zu gestalten.

Wenn Sie den begleiteten Suizid (z.B. durch «EXIT») und das begleitete Sterben (Palliativmedizin) einander gegenüberstellen: Was spricht Ihrer Meinung nach für Palliativmedizin? Und was für EXIT?

Der begleitete Suizid ist ein Akt, in dem ein urteilsfähiger Mensch das eigene Leben selbst beendet. Die Selbsttötung ist ein gewaltsamer Akt und eine tragische Handlung, die zu bedauern ist, auch wenn sie als persönlicher Freiheitsentscheid respektiert werden muss. Demgegenüber bietet Palliative Care Menschen mit unheilbaren Krankheiten eine nach ihren Bedürfnissen abgestimmte, ganzheitliche Behandlung und Betreu-

ung an. Ziel der Palliative Care ist es, Patienten eine möglichst gute Lebensqualität bis zum Tod und dann eine optimale Sterbequalität zu gewährleisten. Darum gehört Palliativmedizin zu den Aufgaben aller Mediziner. Sie ist ressourcenorientiert: sie berücksichtigt, was Patienten – und ergänzend auch ihre Angehörigen – brauchen. Sie ist nicht defizitorientiert im Sinne von: Welche Organe ermöglichen nicht mehr ein leistungsfähiges Funktionieren? Palliative Care setzt den Menschen in allen seinen Facetten in den Mittelpunkt. Sie anerkennt, das Kranksein, Sterben und Tod zum Menschsein gehören und erachtet es als Aufgabe einer humanen Gesellschaft, die leidenden Mitglieder bis zum Schluss zu begleiten. Palliative Care hat auch die Angehörigen im Blick, die oft ebenfalls Unterstützung brauchen auf dem Weg des Abschieds. Im Rahmen dieses Abschiedsprozesses können oft Beziehungen geklärt und auch biografische Brüche verarbeitet werden. Nach einem guten Abschiedsprozess können die Angehörigen des Verstorbenen oftmals besser weiterleben. Inwiefern dies auch bei einer Selbsttötung der Fall sein kann, ist zu untersuchen. Solche Prozesse brauchen Raum und Zeit und stehen damit im Widerspruch zum Zeitgeist, bei dem alles effizient, rasch und kostensparend sein muss. Insofern entspricht die Selbsttötung dem Zeitgeist. Darin besteht auch ihre soziale Gefahr, dass sich Menschen zunehmend innerlich gedrängt fühlen, Suizidbeihilfe in Anspruch nehmen zu müssen, um der Gesellschaft «nicht zur Last zu fallen».

Was verstehen Sie genau unter «nicht zur Last zu fallen?»

Im Kontext der heutigen Mittelknappheit und angesichts der veränderten Bevölkerungspyramide kann ein Druck auf Alte und Schwache entstehen, dass sie auf die ihnen zustehende Betreuungszeit, Zuwendung und Solidarität verzichten. Parallel dazu hat unsere leistungsorientierte Gesellschaft Effizienz zum Kult gemacht. Diese Haltung kann die gesellschaftliche Solidarität gegenüber Alten und Schwachen bedrohen. Dieser Gefahr müssen wir uns bewusst sein. Die Art und Weise, wie eine Gesellschaft mit ihren schwächeren Mitgliedern umgeht, offenbart, wie human und solidarisch sie ist. Alter, Krankheit, Sterben und Tod sind existenziell mit dem menschlichen Leben verbunden. Die Art und Weise, wie wir mit Krankheit, Sterben und Tod umgehen, entscheidet über

das gute Leben und das gute Sterben. Es gehört zum Geheimnis des Menschseins, dass sich das gute Leben und das gute Sterben oftmals gerade im Alter, in der Krankheit, im Sterben und im Tod ereignen und nicht nur in der Jugend und in der optimalen Funktionstüchtigkeit. Unabdingbare Voraussetzung dazu ist eine bewusst gepflegte Kultur menschlichen und solidarischen Entscheidens und Handelns in Medizin und Pflege.

Welche Rolle muss Ihrer Meinung nach der Staat beim Sterben und der Sterbegleitung spielen? Muss er das Sterben gesetzlich (besser) regeln? Oder ist das Privatsache?

Das ist eine kontrovers diskutierte Frage. Einerseits ist der Staat verpflichtet, Leben zu schützen und untersteht dem Gebot der Fürsorge. Andererseits gehört gemäss Art. 8 der Europäischen Menschenrechtskonvention zum Selbstbestimmungsrecht einer Person auch das Recht, über Art und Zeitpunkt der Beendigung des eigenen Lebens zu entscheiden, sofern die betroffene Person urteilsfähig ist. Dieses Individualrecht ist aber kein Anspruchsrecht gegenüber der Gesellschaft, wie das Schweizerische Bundesgericht in einem Grundsatzentscheid festgehalten hat. Wesentlich in dieser Güterabwägung ist, dass der Staat auch eine Schutzfunktion hat, Missbräuche zu verhindern.

Wie steht es Ihrer Meinung und Erfahrung nach heute in unserer Gesellschaft mit dem «Tabu des Todes»? Ist der Tod überhaupt noch ein Tabu?

Der Tod gehört heutzutage nicht mehr zu unserem Alltag wie noch vor einigen Jahrzehnten. Obwohl die meisten von uns sich wünschen, zu Hause im Beisammensein der Angehörigen zu sterben, erfolgen über 70 Prozent der Todesfälle in der Schweiz in Spitälern, Pflege- oder Altersheimen. Das Sterben wird an Professionelle delegiert und entzieht sich zunehmend unserer Wahrnehmung. Die Situation heute ist paradox: Noch nie haben Menschen mehr Menschen – in den Medien – sterben gesehen als heute und gleichzeitig sind Sterben und Tod tabu.

Was heisst für Sie «in Würde sterben»?

In Würde sterben bedeutet für mich konkret, wenn ein Mensch seinen Abschiedsprozess von den Menschen, die er liebt, – und auch von seinem eigenen Leben – bewusst gestalten und leben kann. Dazu gehört auch, dass ein Mensch selbstbestimmt und informiert seine Behand-

lung und Betreuung festlegen können soll. Darüber hinaus ist es für mich ganz wichtig, dass der Sterbende oder die Sterbende trotz dem Verlust ihrer physischen und/oder mentalen Funktionen bis zum letzten Atemzug achtsam betreut wird.

Sind die Ärztinnen und Ärzte Ihrer Meinung und Erfahrung nach genügend auf den Sterbeprozess bzw. auf die Sterbegleitung ihrer Patientinnen und Patienten vorbereitet und ausgebildet?

Palliativmedizin ist in der Schweiz unterschiedlich etabliert. Auf politischer

Ebene wurden verschiedene Massnahmen getroffen: Verabschiedung der Nationalen Strategie Palliative Care; Gründung der Schweizerischen Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung palliative.ch; Gründung von Kompetenzzentren für Palliative Care im Kanton Zürich; Gründung eines Lehrstuhls für Palliativmedizin an der Universität Lausanne usw. Demnächst wird es auch möglich sein, einen FMH-Titel in Palliativmedizin zu erlangen. Die regionalen Unterschiede und die Abweichungen von Institution zu Institution sind dennoch gross.

Dr. Ruth Baumann-Hölzle

Dr. Ruth Baumann-Hölzle ist Theologin und Medizinethikerin. Seit 1999 leitet sie das Institut Dialog Ethik in Zürich und ist Expertin für medizin-ethische Entscheidungsfindungsprozesse im Gesundheitswesen. Zudem ist sie Mitglied der Nationalen Ethikkommission im Bereich Humanmedizin und der Kantonalen Ethikkommission im Kanton Zürich. Auch ist sie als Dozentin und Autorin tätig. Weitere Informationen: www.dialog-ethik.ch

Fragen an Dr. med. Heike Gudat Keller, Leitende Ärztin HOSPIZ IM PARK, Arlesheim

«Wenn Unaussprechliches zum Thema wird, kommt das einem Tabubruch gleich»



Dr. med. Heike Gudat Keller

Das HOSPIZ IM PARK in Arlesheim will den Menschen, die dort ihre letzten Lebenstage verbringen, auf der Basis von Palliative Care die bestmögliche Lebensqualität gewähren – auch

während des Sterbeprozesses. Im Vordergrund stehen die Behandlung belastender Beschwerden wie Schmerzen, Atemnot, Angst sowie eine individuelle Pflege und die Berücksichtigung psychosozialer, kultureller und spiritueller Aspekte. Der Selbstbestimmung und einer möglichst langen Selbstständigkeit wird besondere Beachtung geschenkt. Im nachfolgenden Interview äussert sich Dr. med. Heike Gudat, Leitende Ärztin des Hospizes, offen zu Fragen des Umgangs mit Sterben und Sterbenden und warum im Hospiz der Tod kein Tabu ist.

Synapse: Was sind das für Menschen, die in das HOSPIZ IM PARK kommen, um zu sterben?

Dr. Heike Gudat: Die meisten Menschen kommen in ihren letzten Lebenstagen oder -wochen ins Hospiz, weil sie belastende Beschwerden haben – körperliche oder seelische –, oder weil sie eine Pflege und Begleitung benötigen, die zu Hause nicht möglich ist. Die meisten Menschen

leiden an einer Tumorerkrankung, einige wenige an neurodegenerativen Krankheiten oder terminalen Organinsuffizienzen. Manche Patienten wählen einen befristeten Hospiz-Aufenthalt für eine Anpassung des Schmerz-Managements oder der Behandlung anderer Beschwerden, für eine Neuordnung des Versorgungsnetzes und gehen dann wieder nach Hause. Bei diesen befristeten Aufenthalten stehen wir im engen Kontakt und Austausch mit den Hauptbetreuern. Dass vorwiegend Tumorerkrankungen ins Hospiz kommen, hängt mit der schwierigen Prognoseabschätzung bei Nicht-Tumorerkrankungen zusammen. Ich denke aber auch, dass die dazugehörige Triage – sprich frühzeitige Gespräche über die Behandlung und Betreuung am Lebensende – durch die Betreuenden noch verbessert werden muss.

Wer weist Ihnen die Patientinnen und Patienten zu? Gibt es Selbsteinweisungen?

Etwa die Hälfte der Patienten wird von Spitälern zugewiesen, die andere Hälfte kommt von zu Hause. Unsere Statistik zeigt, dass rund jeder 3. Patient oder die pflegenden Angehörigen die Idee für den Hospiz-Aufenthalt haben. Das heisst, Patienten scheinen sich immer noch in hohem Mass selbst um ihren «Patientenpfad» kümmern zu müssen. Das darf eigentlich nicht sein, denn damit bleibt der Zugang zu spezialisierter Palliative Care ungerecht. Wenn sich Patienten

oder Angehörige direkt an uns wenden, nehmen wir in Absprache mit ihnen Kontakt mit den Behandelnden auf, um eine Hospitalisation abzuklären.

Mussten Sie schon Patientinnen und Patienten ablehnen?

Manchmal werden Patienten zugewiesen, für die das Hospiz nicht der beste Ort ist, weil sie andere Bedürfnisse haben oder weil ihre Sicherheit nicht gewährleistet ist (z. B. demente Menschen). Sehr selten besteht eine Warteliste, die die Patienten dann zu anderen Lösungen zwingt. Grundsätzlich müssten im Kanton aufgrund seiner Bevölkerungszahl ja dreimal mehr spezialisierte Betten angeboten werden. Es ist belastend, Patienten abzulehnen, denn die Betroffenen befinden sich immer in schwierigen Lebenssituationen.

Wie lang ist die durchschnittliche Verweildauer der Patientinnen und Patienten, die zu Ihnen kommen?

Im Schnitt bleiben sie 12 Tage bei uns, die Aufenthaltsdauer ist tendenziell sinkend. Diese Zahl ist aber sehr missverständlich. Manche Patienten bleiben für Stunden, weil zu Hause eine schwerwiegende Komplikation aufgetreten ist. Dann war dies auch so miteinander vereinbart und stimmig. Manche Patienten bleiben Tage bis wenige Wochen. Manche müssen aufgrund der Komplexität ihrer Beschwerden und Einschränkungen aber auch über Monate im Hospiz

bleiben. Es stimmt jedenfalls nicht, dass man nach drei Wochen «wieder austreten muss». Spezialisierte Palliative Care ist aus verschiedenen Gründen von DRG-Fallpauschalen ausgenommen. Glücklicherweise erlaubt uns dies, Patienten weiterhin nach ihren Bedürfnissen zu behalten. Bei längeren Aufenthalten können wir Patienten auch zu Pflegepatienten umteilen, falls die Situation stabil, aber eine Entlassung nach Hause nicht mehr möglich ist.

Welches sind die Hauptanliegen Ihrer Patientinnen und Patienten (Schmerzfreiheit, spirituelle Begleitung, nicht alleine sterben)?

An erster Stelle steht ein gutes Management der physischen und psychischen Beschwerden. Ohne das kann man über den Rest gar nicht nachdenken! Darüber hinaus spielen aber psychosoziale Fragen und spirituelle Bedürfnisse eine grosse Rolle: Was wird aus meiner Familie, falle ich zur Last, welchen Sinn hat mein Leben, wie geht das Sterben, habe ich alles erledigt, habe ich meine Rolle richtig ausgefüllt (eine ganz entscheidende Frage!)? Diese Bedürfnisse erfordern Wissen, Erfahrung, angepasste Versorgungsstrukturen (z. B. wenn minderjährige Kinder als Angehörige betroffen sind) und hohe Gesprächsbereitschaft – auch mit Angehörigen und auch über den Tod des Patienten hinaus. Hier gibt es einige Tabus. Wenn in diesem Zusammenhang Unausprechliches zum Thema wird, kommt das für die Betroffenen einem Tabubruch gleich. Ich denke an ins Bewusstsein zurückgerufene, traumatisierende Erfahrungen, wie Gewalt in der Kindheit oder Partnerschaft, Kriegserlebnisse, Kindheit als Verdingkind, Beziehungsabbrüche; wenn von Patienten selber oder ihren Angehörigen schuldhaftes Verhalten oder Handeln auf den Tisch gelegt wird und in die Narration eingereiht werden muss; wenn konflikthafte Beziehungen demaskiert werden.

Welche Rolle spielen die Angehörigen der Patientinnen und Patienten beim Sterbeprozess und welche Möglichkeiten haben diese?

In der Palliative Care werden Patienten und Angehörige als «Care Unit» bezeichnet. Es gibt keine Patientenbetreuung ohne Einbezug der Angehörigen. Wer heute spezialisierte Palliative Care anbietet, muss daher auch klar definierte Kriterien für die Angehörigenbegleitung erfüllen. Das reicht von räumlichen Strukturen (Besprechungs-, Aufenthaltsräume, Einzel- und Zweierzimmer,

Übernachtungsmöglichkeit, offene Besuchszeiten) bis hin zu Prozessabläufen, personellen Ressourcen und spezifischem Wissen.

Sie haben an der Studie «Terminally ill patients' wish to die» mitgewirkt, die auf 30 Interviews mit Sterbenden basiert. Welche hauptsächlichsten Erkenntnisse ziehen Sie daraus?

Wir haben in dieser Studie unheilbar kranke Krebspatienten zu ihren Lebens- und Sterbewünschen befragt. Die Ergebnisse sind mannigfaltig und werden zurzeit publiziert. Ganz kurz zusammengefasst sind Sterbewünsche und -phantasien bei terminal kranken Menschen normal, sie gehören zur gesunden Auseinandersetzung mit Sterben und Tod, mit und ohne Gefühl von Ambivalenz. Wir haben modellhaft gesprochen von *Intentionen*, von Sterbewünschen (Akzeptanz des Sterbens; Wunsch, dass der Tod kommt; Wunsch oder aktive Planung zur Beschleunigung), von physischen und psychischen *Gründen*, moralischen *Vorstellungen* und von *Funktionen* (interpersonelle, soziale Interaktion). Wir haben aber auch gesehen, dass (zu) viele Betreuende, besonders Ärzte, Mühe mit Sterbewünschen haben, sie allzu rasch mit Depression gleichsetzen, nicht darüber sprechen wollen und Patienten mit diesen existenziellen Fragen alleine lassen. Das kann zu einer Verstärkung eines Sterbewunsches führen. Nur wenige spezialisierte Zentren bieten eine ausreichende psychosoziale Betreuung an. Wir betreiben in der Schweiz eine ausgesprochene «Spezialistenmedizin». Ein besserer Einbezug der familien- und systemorientierten Hausarztmedizin wäre für diese Patienten eine wichtige Verbesserung.

Offenbar gab es bei diesen Interviews Menschen, die am Ende ihres Lebens zum ersten Mal überhaupt jemandem «ihre ganze Geschichte» erzählt hatten. Welche Bedeutung hat Ihrer Erfahrung nach diese Aufarbeitung der eigenen Geschichte? Welche Bedeutung hat generell das Bewusstsein der eigenen Geschichte beim Sterbeprozess?

Die Narration, also die eigene Erzählung der Biographie, in welchem Licht und mit welcher Bedeutung man Lebensabschnitte und Erfahrungen einordnet, ist identitätsstiftend. Bei schwerer Krankheit und Bewusstsein des nahen Sterbens muss wieder neuer Sinn gefunden werden, muss in der Wahrnehmung der Betroffenen die eigene Identität oft wieder neu gefunden werden. Die Nar-

ration ist aber auch wichtig für uns Behandelnde, um die Motivationen, Wünsche und Bedürfnisse der Patienten zu erkennen und die Behandlung und Begleitung entsprechend anzupassen. Ich glaube, dies fliesst heute noch zu wenig in Behandlungsstrategien ein.

Sind Sterben und Tod Ihrer Erfahrung und Meinung nach in unserer Gesellschaft noch ein Tabu?

Ja und nein. Wer genau hinschaut und hinhört, sieht die Fragen um Sterben, Abschied und Tod überall: In den Medien, in der Kunst, im eigenen Alltag. Ich spreche nicht von blutigen James-Bond-Filmen, sondern echter Auseinandersetzung mit Sinnfragen, Fragen der Begleitung, Grenzen von Behandlungen, Auseinandersetzung mit Ethik. Aber ich frage zurück: Könnte es sein, dass die Gesellschaft hier weiter ist als die Planer und Versorger im Gesundheitssystem?

Gibt es Tabus während des Sterbeprozesses bei Ihnen im HOSPIZ?

Ich denke nicht, dass es im Hospiz ein Tabu über das Sterben und den Tod an sich gibt. Manche Patienten möchten nicht über das Sterben sprechen. Das ist ihr gutes, respektables Recht. Aber das ist kein Tabu. In manchen Familiensystemen besteht das Bedürfnis oder die Vorstellung, dass Diagnose, bevorstehendes Sterben, Tod oder Abschied nicht angesprochen werden dürfen. Das sind sehr schwierige Situationen, die wir individuell lösen müssen. Wir machen die Erfahrung, dass diese Wünsche eher mit der persönlichen Krankheitsverarbeitung von Familienmitgliedern zusammenhängen und weniger wirklich kulturelle Fragen sind. Aber Tabu als Unausprechliches – da fallen mir dennoch einige schwierige Themen ein, wie Fragen zu Gerechtigkeit und Grenzen des Machbaren. Wie gehen wir mit Patienten um, deren Betreuungsaufwand so immens ist, dass wir ihn im Hospiz eigentlich nicht leisten können, aber aus gleichem Grund auch keine andere Institution zur Verfügung stehen will; wie weit erfüllen wir irrationale Wünsche von verzweifelten Patienten oder Angehörigen – in der Palliative Care eine spezielle Frage, da die Bedürfnisse der Betroffenen eine erhöhte Bedeutung haben.

Welchen Stellenwert hat Palliative Care in der Medizin heute? Gibt es Nachholbedarf?

Dass hier Nachholbedarf herrscht, ist allein aus der Verlängerung des Nationalen Förderprogramms Palliative Care von

Bund und Kantonen ersichtlich. Das war ursprünglich nicht vorgesehen. Defizite bestehen weiterhin in den Versorgungsstrukturen, erkennbar an fehlenden Patientenpfaden für Patienten mit fortgeschrittener unheilbarer Erkrankung. Tarife müssten angepasst werden: So wird, nur als Beispiel unter vielen, Menschen in Langzeitinstitutionen heute wegen erschwerter oder fehlender Finanzierbarkeit der Zugang zu spezialisierter Palliative Care erschwert. Nirgends ist sie aber anspruchsvoller als bei demen-ten, polymorbiden Patienten! Palliative Care ist bei Ärzten kein obligater und bei Pflegenden ein zu geringer Teil der Aus-, Weiter- und Fortbildung. Forschung an sterbenden Menschen ist spärlich. Die verbreitete Annahme, schwerkranke und sterbende Menschen dürften wegen möglicher Traumatisierung beim Sprechen über ihre Situation nicht befor-scht werden, ist ein Tabu, das bis in Ethikkommissionen reicht.

Welches ist Ihre Haltung zum begleiteten Suizid?

Diese Möglichkeit ist einfach eine Realität. Die Bevölkerung zeigt uns immer wieder, dass sie diese grundsätzliche Möglichkeit zum assistierten Suizid wünscht. Ich respektiere dies. Letztlich kann ich als gesunde Person nicht wissen, was es heisst, mit einer bedrohlichen unheilbaren Krankheit zurechtkommen zu müssen. Aber ich glaube, für die meisten Betroffenen ist Palliative Care die wichtigere Antwort. Für Einige – und

für sie ist es wichtig – ist die Möglichkeit zur Freitodbegleitung eine Versicherung, die Kontrolle über das eigene Leben, das Sterben und vielleicht Leiden zu behalten, auch wenn nur wenige einen assistierten Suizid auch umsetzen. Im Hospiz sprechen wir offen darüber, immerhin etwa ein Viertel unserer Patienten setzt sich in irgendeiner Form mit Sterbewünschen auseinander. Unsere Zusammenarbeit mit Vertretern von «EXIT» empfinde ich als transparent. Für den Vollzug des assistierten Suizids müssten Patienten gemäss unserer Policy das Haus allerdings verlassen.

Was hat Sie der Tod über das Leben gelehrt?

Jeden Tag als Seiender wahrzunehmen, dass Liebe am Schluss das Wichtigste ist, und dass man sich über fast nichts aufregen müsste. Aber Letzteres gelingt mir noch ziemlich selten.

Haben Sie sich schon Gedanken zu Ihrem eigenen Tod gemacht? Wie möchten Sie sterben?

Das ist eine intime Frage. Ja, ich habe mir schon viele Gedanken dazu gemacht. Ich möchte nicht leiden und nicht um Lindering bitten müssen und möchte so sterben, wie es dann zu mir passt. Und ich wäre dankbar, wenn es zu einem Zeitpunkt geschehen würde, an dem meine Kinder so alt sind, dass sie mich ziehen lassen können.

Die Fragen stellte Bernhard Stricker.

Dr. med. Heike Gudat

Dr. med. Heike Gudat Keller, Dr. med., FMH Innere Medizin, 1964 (in Deutschland) geboren, ist verheiratet und Mutter von zwei Kindern (1998, 2001). Seit 2000 ist sie Leitende Ärztin am HOSPIZ IM PARK in Arlesheim und hat seit 2012 einen Lehrauftrag für «Palliative Care» an der Uni Basel. Ausserdem lehrt sie regelmässig an nationalen Seminaren der Palliative Care, der Inneren Medizin und der Psychoonkologie.

HOSPIZ IM PARK

Das HOSPIZ IM PARK in Arlesheim nimmt erwachsene Patientinnen und Patienten aller Versicherungsklassen auf und ist offen für Menschen jeder Nationalität, Religion und Weltanschauung.

Das Hospiz ist eine Klinik mit öffentlichem Leistungsauftrag für Palliative Medizin. Es stehen 12 Betten zur Verfügung. Menschen, die an einer fortgeschrittenen, unheilbaren Erkrankung leiden, werden durch ein interdisziplinäres Team behandelt, gepflegt und begleitet.

HOSPIZ IM PARK

Klinik für Palliative Medizin, Stollenrain 12, 4144 Arlesheim, Tel.: 061 706 92 22
Fax: 061 706 92 20, info@hospizimark.ch, www.hospizimark.ch

Warum ich EXIT-Mitglied bin

Die nachfolgende kurze Stellungnahme ist die ganz persönliche Entscheidung einer Frau, die beschlossen hat, nicht allein auf die Palliative Care zu vertrauen. Wir publizieren diese Stellungnahme, um auch jenen eine Stimme zu geben, die einen anderen Weg am Ende des Lebens zu gehen gedenken.

«Ich bin seit den Gründerjahren EXIT-Mitglied, weil ich nicht eines Tages unheilbar krank oder dement in einem Heim landen möchte, ohne Selbstbestimmung, ohne Wissen, wer ich einmal war. Das will ich auch meinen drei Kindern und den drei Enkeln nicht antun.

Mit ihnen habe ich darüber diskutiert und ihnen und meinem Arzt je eine Patientenverfügung übergeben. Wenn ich unterwegs bin, habe ich immer EXIT-Ausweis und Patientenverfügung dabei.

Ich weiss, dass es für einen Arzt das primäre Ziel ist, Le-

ben zu retten. Aber Leben künstlich zu verlängern, nur weil man heute die Maschinen und Medikamente dazu hat? NEIN!

Deshalb ist es mein Wunsch, wenn es so weit sein sollte, von meiner Familie Abschied nehmen zu können und mit Hilfe von EXIT in Würde sterben zu dürfen. Dass meine Seele in einer anderen Welt auch ohne meinen kranken Körper weiterleben wird, ist meine volle Überzeugung.»

Heidi Heller, 74 Jahre, alleinstehend

Die «innere Stimme» anders hören lernen!



Dr. med. Barbara Rost

Eine Anorexiebehandlung ist ein schwer fassbarer Prozess, der von Anfang an interdisziplinär geführt werden muss. Auch wenn es bis heute keine sicher evidenzbasierte Therapie-

methodik gibt, gilt als gesichert, dass ein möglichst kleiner Zeitraum zwischen Symptomentwicklung und Behandlungsbeginn die grösste Heilungschance bietet.

Unter dem Oberbegriff Essstörungen werden in den beiden international gebräuchlichen Klassifikationssystemen ICD-10 (International Classification of Diseases) und DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) im Wesentlichen drei diagnostische Kategorien unterschieden: die Anorexia nervosa (AN), die Bulimia nervosa (BN), und die atypischen u. a. Essstörungen (ICD-10) resp. die Eating Disorders Not Otherwise Specified (EDNOS) (DSM-IV). Mit einer Lebenszeitprävalenz bei Frauen von 0,5 bis 1% ist die **Anorexia nervosa** die seltenste Form der Essstörungen. Mit einer Mortalitätsrate von 5 bis 15% und noch immer begrenzten Heilungschancen (40% guter, jeweils 25 bis 30% mittelmässiger oder schlechter Heilungserfolg) ist sie aber die gravierendste Form mit erheblich schädigenden, nicht selten invalidisierenden Auswirkungen auf die körperliche und seelische Entwicklung vorwiegend junger Menschen.

Die Klassifikationssysteme werden derzeit überarbeitet, DSM-5 und ICD-11 sind in Vorbereitung. Einzelne diagnostische Kriterien werden verändert und Begriffe wie die «Weigerung», ein für Alter und Körpergrösse normales Körpergewicht zu halten ... (Kriterium A, DSM-IV) oder das «Leugnen» des Schweregrades ... (Kriterium C, DSM-IV) werden mit hoher Wahrscheinlichkeit eliminiert werden. Darin kommt zum Ausdruck, dass eine Perspektive, aus der Aspekte des Krankheitsausdrucks als willentlich gesteuertes, oppositionelles Fehlverhalten beurteilt und während Jahrzehnten einseitig als non-

compliant disqualifiziert wurden, endgültig überwunden scheint. Zuschreibungen wie «Anorexiekranken lügen, täuschen, manipulieren» u.Ä. gehören definitiv der Vergangenheit an. Auf diese Weise ist der Boden dafür bereitet, dass sich die Erkrankten innerhalb des medizinischen Systems in den für sie immer belastenden diagnostischen und therapeutischen Prozessen ernsthaft wahrgenommen und gehört fühlen können.

Der diagnostische Prozess

Der diagnostische Prozess ist wenn immer möglich, von Anfang an interdisziplinär zu führen!

Empfehlungen zum Vorgehen bei Verdacht auf Anorexia nervosa:

- Erste Evaluation in der hausärztlichen Praxis
- Unterstützung des Kontaktes zur diagnostischen Mitbeurteilung in der psychiatrischen Sprechstunde (Einzel- oder Familienerstinterview)
- Umfassende somatische Abklärung (bei Ersterkrankung mit neurologischer Untersuchung inkl. Bildgebung – MRI-Schädel)
- Erarbeiten des Behandlungsvertrages zwischen Patientin, Psychotherapeutin und Hausarzt – der entscheidende Fokus liegt dabei auf dem Ringen um das «Ja» zur Behandlung

Vor allen ärztlichen Bemühungen um Einflussnahme auf das selbstschädigende Verhalten der Erkrankten, z.B. in Form von Empfehlungen betreffend Ernährung, Intensität der sportlichen Aktivitäten, Gewichtsvorgaben u.Ä., muss es in den ersten Kontakten gelingen, die erkrankten jungen Menschen auf der kognitiven und emotionalen Ebene zu erreichen. Das heisst, unsere Gesprächsführung muss ihnen behilflich sein zu erkennen, dass die von ihnen selbst beobachteten körperlichen und seelischen Veränderungen Ausdruck einer progredienten psychosomatischen Symptomentwicklung sind. Gleichzeitig müssen sie im Gespräch mit uns unmittelbar erfahren können, dass wir das Wissen darüber, dass ihr Verhalten einer von innen diktierten zwingenden Notwendigkeit folgt, mit ihnen teilen. «Die innere Stimme» nennen Kinder häufig die-

ses seelische Erleben, die Stimme, die Verzicht fordert, nicht zulässt, dass man sich etwas gönnt, das kleinste Stückchen Schokolade verbietet oder unerbittlich noch mehr Sport verlangt, auch wenn die Erschöpfung nahe ist. Das sind Erklärungsversuche – jugendliche und erwachsene Patienten und Patientinnen fassen dasselbe Erleben in etwas andere Worte – für einen Prozess, der sich selbstständig hat und den man letztlich selbst nicht fassen kann. Aus dem Austausch über dieses seelische Erleben und dessen in der Regel bereits zwei bis drei Monate nach Krankheitsbeginn quälend zwanghafte Qualität kann sich das «Ja» zur Behandlung entwickeln und die Behandlung eingeleitet werden.

Bei jungen Patientinnen und Patienten mit häufig rasch progredienter Symptomentwicklung empfiehlt es sich, die somatische Abklärung im Rahmen einer Kurzhospitalisation durchzuführen. Das setzt eine klare Zäsur für Eltern und Kinder/Jugendliche, mit der die Ernsthaftigkeit der Situation unterstrichen und ermöglicht wird, gemeinsam, noch während der Hospitalisation, den genauen Behandlungsplan zu erarbeiten. Bei höherem Erkrankungsalter und ambulanter Durchführung der Diagnostik kann eine vertraute, routinierte Zusammenarbeit zwischen einzelnen medizinischen und psychiatrisch/psychotherapeutischen Fachleuten sehr dazu beitragen, den in diesem Kontext immer unter massiven Ängsten leidenden Patientinnen und Patienten grösstmögliche Sicherheit zu geben.

Die Qualität des Dialogs zwischen Patienten, ihren Familien und den Fachleuten in dieser Anfangsphase des diagnostischen/therapeutischen Prozesses scheint von hoher Relevanz für die Entwicklung einer sicheren therapeutischen Allianz. «Ja» sagen zur Behandlung heisst für die Patientin: Vertrauen in einzelne Fachleute zu wagen, welche Schritte einfordern, die gegen die «innere Stimme», das Diktat des Gewissens, vergleichbar mit dem eines Zwangskranken, verstossen. Jedem Zuwiderhandeln gegen die inneren Forderungen nach Verzicht, Askese u.a. folgen Angst und nicht selten schwerste Schuld- und Schamgefühle. Simplifizierende, plausibel erscheinende, gesellschaftlich breitverankerte Erklä-

rungsversuche für einen schwer fassbaren Krankheitsprozess, wie «Wegen des vorherrschenden Schönheitsideals werden junge Frauen magersüchtig» u.Ä. – verletzen und belasten Anorexiikerinnen immer wieder von neuem. «Wegen all dieser schrecklichen Vorurteile schämt man sich so, wenn man diese Krankheit hat!», hiess es bei einer Patientin.

Der therapeutische Prozess

Vorangestellt sei wiederum eine Empfehlung aus psychiatrischer Perspektive: Nicht erst bei deutlichem oder gar dramatischem Gewichtsverlust den oben skizzierten diagnostisch/therapeutischen Prozess in Gang setzen! Zyklusunregelmässigkeiten, sekundäre Amenorrhoe, insbesondere aber ein zunehmend zwanghaftes Denken (im Sinne von – von früh bis spät ans Essen denken müssen) können erste Indikatoren für die **Anorexia nervosa in statu nascendi** sein, die zu dem Zeitpunkt noch nicht alle diagnostischen Kriterien erfüllt. In vielen Fällen schreitet der angestossene psychosomatische Krankheitsprozess unentrinnbar voran. Hormonelle Behandlung einer sekundären Amenorrhoe in dieser ersten Krankheitsphase kann verschleiern, verdecken, Eltern zu Unrecht beruhigen und so zum Verlust wertvoller Zeit für erste therapeutische Interventionen beitragen. Immer im Wissen, dass wir bis heute keine sicher evidenzbasierte Therapiemethodik zur Verfügung haben (no grade A recommendations, NICE guidelines, National Institute for Health and Clinical Excellence), wissen wir doch mit ausreichender Sicherheit, dass ein möglichst kurzes Intervall zwischen Symptomentwicklung und Behandlungsbeginn mit Gewichtsrehabilitation entscheidend ist für Prognose und Heilungschancen. Und dass trotz der Ernsthaftigkeit der Erkrankung mit hohem Mortalitäts- und Chronifizierungsrisiko bei frühem Krankheitsbeginn und früh einsetzender Behandlung unter Einbezug der Familien gute Heilungschancen bestehen (1, 2). Ob es uns Fachleuten möglichst früh gelingt, eine tragende therapeutische Allianz mit den Patientinnen und Patienten aufzubauen oder ob wir scheitern, hat Einfluss auf Behandlungsverläufe und Heilungschancen – dafür sprechen klinische Studien (1).

Die dann folgende Behandlung ist immer eine multimodale und umfasst:

- die Ernährungsrehabilitation mit Restitution des Körpergewichts(i. d. R. mit Bezug der Ernährungsberatung);
- die individuelle Psychotherapie;
- den Einbezug der Familie/Angehörigen und
- gegebenenfalls die Behandlung somatischer und psychiatrischer komorbider Erkrankungen.

Wie bei allen anderen Formen von Essstörungen wird sie wenn immer möglich ambulant durchgeführt. Eine stationäre Behandlungsphase muss dann einsetzen,

- wenn im ambulanten Behandlungsetting die Vereinbarungen z. B. bezüglich Gewichtszunahme nicht eingehalten werden können;
- wenn medizinische Komplikationen sie erfordern;
- wenn eine psychiatrische komorbide Erkrankung stationär behandelt werden muss;
- wenn aus besonderen lebenskontextuellen Gründen Distanz zur bisherigen Lebens- und Wohnsituation notwendig ist, unter anderen bei einer früheren oder anhaltenden körperlichen oder sexuellen Misshandlung, die als Möglichkeit im Ursachengefüge niemals ausser Acht gelassen werden darf.

Regionale Behandlungsstrukturen

Zwei Aspekte seien – im Hinblick auf regionale Behandlungsstrukturen – hervorgehoben:

«Mind the gap» überschreibt Janet Treasure ihre Arbeit, in der sie auf das erhöhte Risiko für Patientinnen und Patienten bei allen Übergängen zwischen Behandlungsstrukturen hinweist (ambulant/stationär; Medizin/Psychiatrie; Kinder- und Jugend-/Erwachsenenmedizin) (1).

Interinstitutionelle Arbeitsgruppen helfen, Brücken über die «gaps» zu schlagen. Mitarbeitende in Institutionen und privat praktizierende Kolleginnen und Kollegen, die sich persönlich kennen und Übergänge vorausschauend planen, können diese Patientengruppe besser vor unvorhersehbaren, plötzlichen Entscheidungen oder Strategiewechseln in Behandlungsabläufen schützen.

Die Funktion der Hausärztin, des Pädiaters, der Gynäkologin im interdisziplinären Behandlungsteam mag manch-

mal fast nebensächlich erscheinen – es geht ja «nur» um Gewichts- und allenfalls Laborkontrollen. Sie ist von eminenter Bedeutung im Sinne einer verbindlichen, absolut verlässlichen ärztlichen Autorität und wird, oft noch Jahre nach Abschluss der Anorexietherapie, in Anspruch genommen. Bei den Patientinnen und Patienten, die keine Auswege aus der anorektischen Dynamik finden und bei denen, die chronisch rezidivierenden Krankheitsverläufen unterliegen und schliesslich das Bild einer schwerst chronifizierten Anorexia nervosa zeigen, werden die Beziehungen zur Hausärztin oder zum Hausarzt unter Umständen existenziell notwendig.

Fragen an die Medizinethik

Mit den Fragen «FFE, ja oder nein?» haben wir in seltenen Behandlungssituationen in den vergangenen Jahren ethische Konferenzen zur Unterstützung und Beratung einberufen und werden es weiterhin tun. Mit dem Wissenszuwachs dank neurobiologischer und neuropsychologischer Forschung werden wir uns (zusammen mit unseren Kolleginnen und Kollegen der Medizinethik) vermehrt den Fragen zuwenden, wann ein offenes Gespräch mit den schwer chronisch Kranken und ihren Angehörigen über «nur» palliativ medizinische Behandlung dazu beitragen kann, den Zugang zu medizinischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungseinheiten zu erleichtern.

Damit könnten einzelnen Patientinnen die Erfahrungen von immer wieder neuem, beschämendem Versagen (mit konsekutiver Flucht aus frustriert, manchmal zornig zurückbleibenden Behandlungsequipen) erspart werden.

Dr. med. Barbara Rost, FMH Psychiatrie und Psychotherapie

Bemerkungen

- 1) Treasure J, Schmidt U, Hugo P. Mind the gap: service transition and interface problems for patients with eating disorders. Br J Psychiatry. 2005 Nov;187:398-400.
- 2) Treasure J, Claudino AM, Zucker N. Eating disorders. Lancet. 2010 Feb;375(9714):583-93.

Jugendgesundheitsbericht Basel-Stadt 2012

Der eben erschienene Jugendgesundheitsbericht des Kantons Basel-Stadt zeigt, dass die Gesundheit der Jugendlichen insgesamt gut ist. Gleichwohl fühlt sich jeder zweite Jugendliche im Alter von 15 und 16 Jahren häufig gestresst. Im Vergleich zu den letzten Jahren hat auch die Zahl der exzessiv Alkoholkonsumierenden zugenommen und es bestehen erhebliche Wissenslücken beim Thema Sexualität.

Für den neuen Jugendgesundheitsbericht 2012 wurden Basler Jugendliche im Rahmen der schulärztlichen Untersuchungen zu verschiedenen Gesundheitsthemen befragt. Rund 98% der Jugendlichen der neunten Klassen nahmen an dieser freiwilligen Befragung teil.

Die Hälfte der Jugendlichen fühlt sich gestresst

51% der Basler Jugendlichen empfinden häufig Stress, wobei sich die Mädchen um 20% häufiger gestresst fühlen als die Knaben. Rund 60% der Jugendlichen geben als Hauptursache die Schule an, gefolgt von Zeitmangel (22%) und familiären Gründen (19%). Dabei scheinen sich vor allem Nichtschweizer Jugendliche

durch die Schule gestresst zu fühlen: Mehr als doppelt so viele Nichtschweizer Jugendliche (77%) geben im Gegensatz zu den Schweizer Jugendlichen (33%) die Schule als Stressursache an.

Der Bericht bleibt aber nicht nur bei der Analyse. Er zeigt auch anhand der von der Abteilung Prävention entwickelten Informationsflyer «Relax» und «Schlaf gut?» auf, wie den Jugendlichen in attraktiver Form nützliche Tipps und interessante Informationen zum Umgang mit Stress und daraus resultierenden Schlafproblemen gegeben werden können.

Der exzessive Alkoholkonsum nimmt zu

Knapp die Hälfte der Jugendlichen (48%) gibt an, nie Alkohol zu trinken. Dies ist deutlich weniger als im Jahr 2006/2007, als noch 70% der Jugendlichen angaben, keinen Alkohol zu konsumieren. Nichtschweizer Jugendliche (54%) geben häufiger an, vollständig auf Alkohol zu verzichten als Schweizer Jugendliche (43%) und Gymnasiasten (40%). Die Gesamtzahl der Jugendlichen, welche bereits einmal betrunken waren, ist im Vergleich zum Schuljahr 2006/2007 von 21% auf 28% gestiegen. Der Zigarettenkonsum ist im Vergleich zu 2006/2007 insgesamt stabil geblieben (21%). Es fällt allerdings auf, dass der Konsum bei Nichtschweizer Jugendlichen zugenommen hat (von 19% auf 23%), während dem der Wert bei den Mädchen gesunken ist (von 21% auf 17%).

Neben dem Alkoholkonsum hat sich auch



der Anteil Jugendlicher, die bereits Erfahrungen mit Cannabis gemacht haben, von 21% auf 26% erhöht. Die grösste Zunahme ist bei den Nichtschweizer Jugendlichen, von 10% auf 22% zu verzeichnen.

Markante Wissenslücken beim Thema Sexualität

87% der Jugendlichen geben an, im Vergleich mit Gleichaltrigen gut informiert zu sein. Als häufigste Wissensquelle zum Thema Sexualität gaben die Jugendlichen Schule/Lehrer an (32%), gefolgt von Eltern (20%) und anderen Jugendlichen (19%). Obwohl die Jugendlichen angeben, gut bis sehr gut aufgeklärt zu sein, zeigen sich dennoch grosse Wissenslücken:

30% der Jugendlichen gehen davon aus, dass es einen Impfschutz gegen HIV/Aids gibt und 38% wissen nicht, dass man sich gegen Gebärmutterhalskrebs impfen kann. Bei der Frage zu Syphilis lagen 79% falsch, indem sie angaben, dass es einen Impfschutz gegen Syphilis gibt. Es besteht demnach weiterhin ein grosser Bedarf an jugendgerechter Informationsvermittlung zum Thema Sexualität. Die freiwillige Befragung der Jugendlichen im Rahmen der schulärztlichen Vorsorgeuntersuchungen liefert, wie die Beispiele zeigen, wichtige Informationen zu deren Gesundheit und ist damit eine gute Grundlage, um gezielte Präventionsmassnahmen zu entwickeln. Der Jugendgesundheitsbericht 2012 wie auch die erwähnten Publikationen für Jugendliche können kostenlos bei der Abteilung Prävention bezogen werden (E-Mail: abteilung.praevention@bs.ch). Sie können auch im Internet unter www.gesundheit.bs.ch heruntergeladen werden.

Nadia Pecoraro, Nicole Zingg,
Markus Ledergerber
und Thomas Steffen
Abteilung Prävention,
Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

Jubiläum Kantonsspital Baselland: Medizin im Spiegel der Zeit

Vor 135 Jahren (1877) nahm das erste kantonale Krankenhaus unter dem Namen **Martin Birmann-Spital** in Liestal seinen Betrieb auf. Vor 50 Jahren (1962) wurde dieses Spital an seinem heutigen Standort eröffnet. Als Feier für diese zwei Jubiläen wurde am 14. Juni 2012 in Liestal ein Symposium durchgeführt.

Vor diesem Hintergrund möchte ich hier eine kurze subjektive Auswahl von historischen Ereignissen vorstellen, welche in den Jahresberichten erwähnenswert waren.

Ein Assistenzarzt auf 70 Patienten

Im alten Kantonsspital waren bis 1953 ein Chefarzt, ein Oberarzt und drei Assistenzärzte für 140 Patienten verantwortlich. Jeder Assistenzarzt war also für gut 45 Patienten zuständig. Wenn ein Kollege im Militärdienst oder – was seltener vorkam – in den Ferien war, musste jeder Assistenzarzt sogar 70 Patienten betreuen. Schwangeres ärztliches Personal gab es damals noch nicht. Der Chefarzt war stets ein Chirurg, schliesslich musste ja jemand eine gewisse Handfertigkeit haben, um die Patienten heilen zu können. Internisten konnten damals nur Diagnosen stellen, jedoch kaum wirksame Behandlungen durchführen.

Der klinische Blick

In der Gründungszeit des Spitals war das Werkzeug der Internisten praktisch ausschliesslich der klinische Blick, neben einigen nicht evidenzbasierten therapeutischen Massnahmen. In der Fotosammlung des KSL habe ich das Bild dieses Patienten von 1894 gefunden, der offensichtlich einen ventralen Rippenbuckel hatte (Abb. 1). Für den erfahrenen Internisten war es klar, dass dieser Mann während vielen Jahren ein Aortenaneurysma hatte. Heute kann die Diagnose vor der eindrücklichen klinischen Manifestation jederzeit mit dem Computertomogramm gestellt werden. Der arme Mann auf der Abb. 2 musste vor ca. 100 Jahren mit dem Chirurgen allein vorlieb nehmen. Er hatte eine Kniegelenksinfektion, welche damals nur mit Spülungen behandelt werden konnte. Antibiotika standen nicht zur Verfügung, weshalb das Gelenk in einer Versteifung endete.

Ab 1954 wurde dem chirurgischen Chefarzt, Professor Willenegger, ein internistischer Kollege, Dr. Hans Scholer, zur Seite gestellt. Dr. Scholer schrieb in seinem ersten Jahresbericht: «Mit der Gründung der Medizinischen Abteilung war ein wichtiger erster Schritt getan.» Er erwähnte jedoch auch, dass «... der aktuelle Zustand hinsichtlich Grösse, Dotation an Personal und Ausrüstung in keiner Weise genügt» und «Ausser Betten konnte der medizinischen Abteilung nichts zur Verfügung gestellt werden.» Aus diesen Zeitdokumenten geht hervor, dass ich als internistischer Chefarzt heute zufrieden sein sollte.

Arbeitszeiten

Seit ein paar Jahren wird in allen Spitätern immer häufiger von der Arbeitszeit gesprochen. Die Arbeitszeit des Pflegepersonals war schon 1955 ein Diskussionspunkt. Da die Pflegenden am Kantonsspital zwar Schwestern, jedoch nicht Nonnen waren, mussten Massnahmen ergriffen werden, um die reglementarischen 54 Wochenstunden einhalten zu können. Trotzdem die effektive Arbeitszeit im fortschrittlichen Baselbiet bereits unter der schweizerischen Norm von 60 Stunden lag, konnte die 54-Stunden-Woche nicht immer eingehalten werden. Ein Jahr später, nämlich 1956, forderte der VPOD, der Regierungsrat müsse die wöchentliche Arbeitszeit für lediges Pflegepersonal auf 51 Stunden reduzieren. Wie viele Stunden das verheiratete Pflegepersonal arbeiten musste, ist im Jahresbericht nicht erwähnt.

Soziale Aufgaben

Ein Jahr später dankte Dr. Scholer im Jahresbericht «sämtlichen Herren der Universitätskliniken». Frauen waren wohl an der Universitätsklinik nicht denkbar. Er war vor allem dankbar, dass «schwer Nierenkranke von der grossartigen Leistung der künstlichen Niere in Basel profitieren konnten». Viele Jahre später erlaubten sich dann auch die Ärzte vom Land, diese grossartigen Maschinen zu kaufen. Ein Beispiel dafür, dass aus der Spitzenmedizinischen Leistung erweiterte Grundversorgung geworden ist. Aus dem Jahresbericht von 1958 geht hervor, dass die Ärzte damals in der Freizeit noch gewisse soziale Aufgaben hatten:



Abbildung 1. Patient mit langjährigem, nicht operiertem Aortenaneurysma (Quelle: Didaktische Fotosammlung des KSL)



Abbildung 2. Patient mit Status nach eitriger Gonarthrit, die ausschliesslich chirurgisch behandelt werden konnte (Quelle: Didaktische Fotosammlung des KSL)

«Im Sommer 1957 wurde der Samstagmännerklub gegründet, bei dem einmal monatlich in der Gemeindestube Liestal entlassene Alkoholkranke sich zu einem geselligen Anlass unter der Leitung eines unserer Ärzte versammelten.» 60 bis 80 Personen besuchten jeweils diese Anlässe.

Im Bericht von 1959 wurde die Aufklärungspflicht wie folgt beschrieben: «Die pflegende Schwester hat die vornehme Aufgabe, dem Kranken die Einsicht zu vermitteln, dass das, was geschieht, notwendig ist.» Heute braucht es etwas mehr als nur die schwesterliche Motivation, es braucht einen «Informed Consent», welcher nicht nur gute Augen wegen der kleinen Schrift, sondern auch ein ebensolches Hirn wegen der vielen Fremdwörter erfordert.

Patienten durchschnittlich einen Monat im Spital

1958 war ein Patient im Durchschnitt 28,6 Tage lang in der Medizinischen Klinik hospitalisiert. Dr. Scholer schrieb damals: «Der Zeitbedarf für diese recht verwickelten Untersuchungen lässt sich (ohne Qualitätsverlust) nicht beliebig verändern.» In der Folge fluktuierte zwischen 1970 und 1990 die durchschnittliche Aufenthaltsdauer zwischen 15,1 und 18,6 Tagen. Bis 1999 konnte sie auf 12 Tage und bis 2011 auf 8,4 Tage verkürzt werden. Es stimmte also nicht ganz, dass sich die Aufenthaltsdauer nicht mehr verkürzen liess. Die Untersuchungen sind wohl heute nicht mehr «verwickelt», sondern vielmehr ... entwickelt».

Zum Schluss noch ein Wort zu den Kosten des Fortschritts. Aus einer Originalrechnung konnte ich entnehmen, dass im Jahr 1957 eine 23-tägige Hospitalisation 273.40 Franken gekostet hat (Abb. 3). Heute kostet eine solche Hospitalisation ungefähr 10 000 Franken. Das ist ein Anstieg um das 37fache. Der Brotpreis hat im gleichen Zeitraum um das 8fache zugenommen, eine Tatsache, die den Krankenkassen mehr Probleme als den Bäckern macht.

Prof. Werner Zimmerli, Medizinische Universitätsklinik Kantonsspital Baselland, Liestal

Kant. Krankenanstalt Liestal
Telefon 8429 21 - Postcheck V 605

Rechnung für Herrn. [Name]

Medizinische Abteilung
Austritt 27. März 1957 Nr. 773
für Sie selbst, 1930, Niederdorf
von Oberdorf, in Niederdorf

Datum	Pat.-Nr.	Text	Tage	Taxe	Einzelbeiträge	Belastung	Gutschrift	Saldo
5 3	773	Ka. Depositum					200	
		Verpflegung von 5.3.-27.3.57	23	8 80	202 40			
		2 Chem. Unters. Bürgerspital						
		Basel Fr. 40.--						
		Kaliumbestimmung " 3.--						
		Natriumbestimmung " 3.--			46			
		1 Elektrokardiogramm			8			
		1 Lungendurchleuchtung			12			
		2 Fahrten mit FW zu Dr. Gafner			5			
27 3	773	1930 Niederdorf			273 40	273 40		73 40

Abbildung 3. Spitalrechnung von 1957



Die «Seite der Hausärztinnen und Hausärzte» (VHBB)

Einheitskasse

In breiten Kreisen ist festzustellen, dass die Meinungsbildung zur initiierten Einheitskasse, wenn überhaupt, gerade erst angefangen hat. Die VHBB möchte etwas zu diesem Prozess beitragen und hat dafür zwei Exponenten pro und contra gewinnen können: Einerseits Nationalrätin Jaqueline Fehr, andererseits BAG-Vizedirektor Andreas Fallner. Die beiden werden anlässlich der VHBB-GV vom 31. Januar 2013 «Rede und Antwort stehen». Da es nicht alltäglich ist, dass sich zwei derart kompetente Personen zur Verfügung stellen, steht der Anlass auch Nicht-VHBB-Mitgliedern offen. Sobald nun der Veranstaltungsort bekannt ist, werden die Haus- und Kinderärzte der Region eine separate Einladung erhalten.

Delegiertenwahlen «Hausärzte Schweiz»

Der VHBB-Vorstand dankt allen, welche sich an der Wahl beteiligt haben, ob als wählende oder zu wählende Kolleginnen und Kollegen, ob im Sekretariat der MedGes Basel, ob als juristischer Beistand, ganz herzlich. Die Situation ist dadurch etwas kompliziert, als es Haus- und Kinderärzte gibt, welche nur eine der Mitgliedschaften VHBB/Hausärzte Schweiz aufweisen. Warum z.B. sollen Mitglieder, welche bei Hausärzte Schweiz nicht Mit-

glied sind, den Wahlaufwand mitfinanzieren? Inzwischen konnte hier erreicht werden, dass sich Hausärzte Schweiz an den Kosten dieser Wahl beteiligt.

Herbstbummel

Zum Herbstbummel der VHBB, welcher diesmal beidseits des Rheins stattfand, rottete sich auch dieses Jahr ein Grüppchen Unentwegter zusammen. Nach einer kurzen Wanderung bei kaltem, aber strahlend schönem Herbstwetter fand man sich in der Altstadt von Rheinfelden zum traditionellen Fleisch- und Käseplättchen ein, um den Nachmittag ausklingen zu lassen.

Privattarif VHBB

Der VHBB-Vorstand hat an seiner letzten Sitzung die Leitlinien für den auszuarbeitenden Privattarif gezogen und beschlossen, dass

- Anwaltstarife bzw. Anwaltseinkommen als Referenz auch für Hausärzte dienen sollen (dies war ursprünglich auch eine Basis für die TARMED-Berechnungen);
- der Privattarif dem TARMED (=Sozialtarif) gegenübergestellt werden soll;
- es vorderhand nur einen Privattarif geben soll (nicht noch ein privater Sozialtarif, ein Gutachtertarif etc.); dieser soll die in der Grundversorgung üblichen Dienstleistungen ausserhalb des KVG abdecken;

- 100% Referenzeinkommen extrapolieren 100% erwirtschafteten Privattarif-Honoraren entsprechen sollen.

Die Entwicklung eines VHBB-Privattarifs tangiert die separaten Verhandlungen auf Bundesebene über eine finanzielle Besserstellung der Hausärztinnen und Hausärzte nicht direkt (und wenn, dann im positiven Sinn). Erste Resultate sollten an der VHBB-GV Ende Januar 2013 präsentiert werden können.

Für den Vorstand VHBB: Christoph Hollenstein
www.vhbb.ch

Delegiertenwahlen «Hausärzte Schweiz», Amtsperiode 2013–2015, definitives Wahlergebnis

Eingegangene Stimmen:	144
Davon gültig:	142
Stimmen haben erhalten:	
Dr. med. Philipp Zinsser, Basel	81
Dr. med. Christoph Hollenstein, Laufen	74
Med. pract. Eva Kaiser, Binningen	60
Dr. med. Hans Vogt, Liestal	55
Einzelne	4
Gewählt sind:	
Dres. med. Philipp Zinsser und Christoph Hollenstein	
1. Ersatz: Med. pract. Eva Kaiser	
2. Ersatz: Dr. med. Hans Vogt	

Informationsveranstaltung zur Einheitskassen-Initiative

mit NR J. Fehr und (Noch-)BAG-Vizedirektor A. Fallner für alle Haus- und Kinderärzte im Rahmen der VHBB-Generalversammlung

Bitte Datum vormerken: **Donnerstag, 31. Januar 2013** genauer Ort (in Basel) und Zeit (ab 12 Uhr) werden noch bekanntgegeben.