



Das offizielle Kommunikationsorgan der Ärztegesellschaft **Baselland** und der Medizinischen Gesellschaft **Basel**

<http://www.aerzte-bl.ch>

<http://www.medges.ch>

Editorial

Das neue MedGes-Sekretariat ist in den Startplätzen

Dr. iur. Jennifer Langloh-Wetterwald, designierte Sekretärin der MedGes Basel



Der Vorstand der Medizinischen Gesellschaft Basel MedGes hat im letzten Jahr beschlossen, für die MedGes per 1. Januar 2003 ein eigenes Sekretariat einzurichten und eigenes Personal einzustellen.

Nach Anhörung mehrerer Kandidatinnen und Kandidaten hat sich der Vorstand zu meiner grossen Freude im Mai 2003 dafür entschieden, mich als neue Geschäftsführerin anzustellen. Ich freue mich sehr auf meine neuen (und zugleich alten) Aufgaben, die ich im nächsten Jahr für die MedGes erbringen darf.

Obwohl mich einige unter den Ärztinnen und Ärzten schon kennen, möchte ich mich kurz vorstellen: Ich bin 1972 in Basel geboren. Nach meinem Jurastudium in Basel und Genf habe ich 1997 mit meiner Dissertation im Ärztrecht begonnen und gleichzeitig meine Stelle bei der Firma NonproCons angetreten, wo ich vorerst vor allem als Rechtsberaterin und seit dem Jahre 2000 als stellvertretende Geschäftsführerin der MedGes tätig war. Nach Abschluss meiner Dissertation habe ich ein berufsbegleitendes Nach-

diplomstudium an der Universität Freiburg besucht und dort als diplomierte Verbandsmanagerin VMI abgeschlossen. Ich bin mit der Stadt Basel sehr verbunden, bin aktive Fasnächtlerin und ein grosser FCB-Fan.

Zu meinem grossen Glück hat sich auch Frau Käthi Brandenberger, welche schon seit neun Jahren für die MedGes tätig ist, entschieden, diese auf ihrem neuen Weg zu begleiten. Sie wird die MedGes also weiterhin mit ihren wertvollen Erfahrungen und ihrem grossen Fachwissen bereichern. Eine dritte Person wird im Moment noch gesucht. Wir möchten für unsere Mitglieder eine niedrigschwellige Anlaufstelle bilden, was bedeutet, dass diese im neuen Sekretariat jederzeit willkommen sein sollen und sich mit kleinen und grossen Anliegen immer an uns wenden können. Auch das Telefon soll regelmässiger bedient werden. Geeignete Räumlichkeiten für eine solche Anlaufstelle haben wir bereits an der Marktgasse 5 (Schiffände) gefunden. Diese sind sehr geräumig und auch für MedGes-interne Sitzungen geeignet. Wir werden die Räumlichkeiten schon im Dezember beziehen können und so ab dem 1. Januar 2004 operativ tätig werden können.

In diesem Sinne freuen wir uns weiterhin auf eine gute Zusammenarbeit!



Aus dem Inhalt

- Prävention der Mangelernährung in Spital und Praxis – Bericht und Empfehlungen aus dem Europarat 3
- Medical Professionalism in the new Millennium – eine Charta zur ärztlichen Berufsethik 4
- Die Bedeutung der Charta für die Ärzteschaft 9
- Neue Kantonsärztin von Basel-Stadt im Amt 10
- Aus dem Vorstand BS 10
- Referendum! – Kommentar zum Entscheid der Ärztekammer vom 11. Oktober 2003 11
- Notstand, Missstände und Förderstrategien bei den Nierenspenden 12
- Basler helfen serbischem Spital 15
- Aus dem Arbeitsalltag der Medizinischen Praxisassistentin (MPA) 16
- Warum brauchen wir ein Trust-Center? 17
- Aus dem Vorstand BL 18
- Disease Management oder Patient Management? 19

Prävention der Mangelernährung in Spital und Praxis – Bericht und Empfehlungen aus dem Europarat

PD Dr. med. R. Meier, Abt. für Gastroenterologie und Ernährung, Med. Universitätsklinik, Kantonsspital Liestal

Einleitung

Die Mangelernährung beeinflusst auf ungünstige Weise den Krankheitsverlauf von Patienten im Spital, vermindert ihre Lebensqualität und erhöht die Gesamtkosten der Hospitalisation. Die Prävalenz der krankheitsbedingten Unterernährung bei Spitaleintritt variiert in den europäischen Staaten zwischen 20 und 50%. Dies veranlasste eine Kommission des Europarats zu einer Umfrage bezüglich der Organisation und der Modalitäten der Ernährung im Spital. Dieser Beitrag fasst die Ergebnisse dieser Untersuchung zusammen und beschreibt die Stellungnahme der Kommission. Die Hauptfaktoren, welche zur Mangelernährung im Spital beitragen, werden analysiert, und gleichzeitig werden Empfehlungen zur Verbesserung der Situation formuliert. Es wurden fünf Hauptfaktoren identifiziert, welche für die Unterernährung von Spital- oder Heimpatienten verantwortlich sind. Sie beziehen sich grossenteils auf die personellen Spitalstrukturen und auf das Personal selbst.

1. Mangelnde Klarheit der Verantwortung für die Organisation und den Einsatz der Ernährungstherapie

Eine Konsequenz davon ist das häufige Fehlen von Erhebungen von Basisparametern wie Gewicht, Gewichtsverlust, Grösse oder Bodymass-Index (BMI). Dies wird auch häufig bei Patienten unterlassen, welche bereits unterernährt sind oder diesbezüglich ein hohes Risiko aufweisen. Diese Beobachtung belegt einen Sensibilitätsmangel seitens der Ärzte inner- und ausserhalb des Spitals und des Pflegepersonals über den Zusammenhang zwischen Ernährungszustand und ungünstiger Gesamtentwicklung. Zusätzlich führt die allgemeine Verkürzung der Aufenthaltsdauer oft zur Meinung,

dass eine Ernährungstherapie nicht zur Aufgabe der Hospitalisation gehöre. Im Sinne der Vernetzung muss hier die Zusammenarbeit unter den zuweisenden Haus- und Spitalärzten optimiert werden. Die Instrumente zur Erkennung der Mangelernährung und die therapeutischen Massnahmen sollten in Richtlinien eindeutig festgehalten werden. Die Sorge für die mangelernährten Patienten soll nicht mit der Spitalentlassung enden. Nachbehandelnde Ärztinnen oder Ärzte sollen über den Ernährungszustand ihrer Patienten bei der Entlassung informiert werden. Falls nötig, sollten spitalexterne Dienste eingeschaltet werden.

2. Ausbildungsmangel des Spitalpersonals bezüglich Ernährungstherapien

Die Ausbildung der Ärzte im Fach Klinische Ernährung ist während des Studiums ungenügend. Diesem Umstand wird während der Weiterbildung nach dem Studium kaum Rechnung getragen. Neue wissenschaftliche Erkenntnisse zur Ernährungstherapie werden oft in spezialisierten Fachzeitschriften publiziert und gelangen so nicht an ein breites Publikum von im Spital und in der Praxis tätigen Medizinalpersonen. Die Ausbildung zum/zur klinischen Ernährungsberater/-beraterin ist ausreichend, aber in den Spitälern werden sie immer noch zu wenig bei der Therapie einer Mangelernährung eingesetzt, und/oder es bestehen zu wenig Stellen für Ernährungsberater/-innen an den Spitälern. Die Mitarbeiter des Spitalverpflegungsdienstes und der Küche sind im allgemeinen für die Patienten-spezifischen Probleme und Bedürfnisse wenig sensibilisiert. Das Budget des Verpflegungsdienstes wird häufig aus ökonomischen Gründen kurzgehalten, obwohl es gewöhnlich (nur) 1–3% des Gesamtbudgets der Institution darstellt. Ähnliche Beobachtungen dürften auch in Alters- und Pflegeheimen zu machen sein.

3. Geringer Einfluss der Patienten auf Verpflegungsangebot und auf Ernährungstherapien

In einem Grossteil der europäischen Spitäler misst die Spitalverwaltung der Ernährung wenig Bedeutung zu. Die Patienten finden hingegen eine angemessene Ernährung fast ebenso wichtig wie die technischen Leistungen. Die Mahlzeiten werden oft nicht der zugrundeliegenden Erkrankung angepasst. Zudem sind die Essenszeiten im Spital oft sehr ungewohnt für die Patienten und in der Regel auch zu kurz bemessen. Eine bestehende Inappetenz wird durch ungewohnte Gerichte und eine veränderte Umgebung noch verstärkt. Untersuchungen und Therapien führen zu einer verminderten Zahl eingenommener Mahlzeiten. In Spitälern und Heimen, aber auch in der Nachbehandlung zu Hause müssen die angebotenen Mahlzeiten individueller an die Wünsche und an die Erkrankung des Patienten angepasst werden. Bei ungenügender Energiezufuhr sind mehrere Mahlzeiten mit Zwischenmahlzeiten besser als drei Hauptgerichte. Der Patient sollte bei der Auswahl und der Zusammenstellung seines Menüs vermehrt einbezogen werden.

4. Mangel an Kooperation zwischen den einzelnen Fachleuten im Spital

Alle an der Betreuung des Patienten beteiligten Fachleute (Ärztinnen/Ärzte, Pflegenden, Ernährungsberater/-innen) sollten die Gründe der Appetitlosigkeit suchen und das Behandlungskonzept so anpassen, dass eine adäquate Nahrungszufuhr möglich wird. Der Patient sollte von allen Involvierten bezüglich seines Ernährungszustands, des Einflusses auf den Krankheitsverlauf und der Möglichkeiten einer Ernährungstherapie gleich informiert werden. Bei Spitalaustritt muss der Hausarzt bezüglich durchgeführter Ernährungsdiagnostik, Therapie und Ernährungszielen informiert werden.

5. Mangelnde Unterstützung seitens der Spital- oder Heimverwaltung

Spitalverwaltungen stufen den Verpflegungsdienst selten als wichtigen Faktor für den Erfolg der gesamten Betreuung von Patienten ein. Dementsprechend distanziert sich die Hotellerie häufig vom Spitalkunden oder Heimbewohner als «Patienten», zum Teil auch durch die Tendenz, die Produktion und den Service an spitalexterne Lieferanten («Outsourcing») zu delegieren. Die Hotellerie wird zunehmend auf logistischem Niveau wahrgenommen, so dass sie getrennt von den direkten Prioritäten, welche die Erkrankungen, Therapien und Pflege betreffen, funktioniert. Dies führt zu einer verminderten Sensibilisierung für die Problematik der erschwerten Ernährung des hospitalisierten Patienten. Eine Qualitätskontrolle, welche auf objektiven Beurteilungskriterien basiert, ist selten vorhanden. Daraus resultiert häufig eine subjektive Einschätzung, welche Patien-

ten mit Essensschwierigkeiten vernachlässigt. Die Qualität der Ernährung beeinflusst jedoch seitens des Patienten die Wertschätzung des Spital- oder Heimaufenthaltes in erheblichem Masse. In der Tat ist dies einer der wenigen Parameter, welche der Patient selbst gut beurteilen kann. Die Direktionen grösserer Häuser sollten deshalb Ernährungskommissionen etablieren, die die nötigen Sachkenntnisse und Kompetenzen haben, ernährungstherapeutische Massnahmen zu treffen. Das Spital sollte z.B. dafür sorgen, dass auf Bettenstationen jederzeit warme Mahlzeiten verfügbar sind. Es soll durchgesetzt werden, dass besser dokumentiert wird, was Patienten wirklich gegessen haben. Besondere Ernährungsprodukte wie z.B. vollbilanzierte Trinknahrungen sollten mit breitem geschmacklichem Angebot verfügbar sein. Die Ernährungskommissionen setzen z.B. auch Standards für Mahlzeiten und Nahrungsmittel, die für abwehr-

geschwächte Patienten geeignet sind, oder für Mahlzeiten mit präventiver Wirkung, beispielsweise für mediterrane Ernährung zur Prophylaxe bei Herz-Kreislauf-Krankheiten. Die Budgetanalysen müssen Mehrkosten durch erhöhte Morbidität und verlängerte Spitalaufenthaltsdauer infolge Unterernährung berücksichtigen und den für eine optimale ernährungstherapeutische Betreuung anfallenden Kosten gegenüberstellen.

Literatur

- 1 Public Health Committee, Committee of Experts on Nutrition Food Safety and Consumer Health: Food and nutritional care in hospitals: how to prevent undernutrition – report and recommendations. Ad hoc group – nutrition programmes in hospitals. Partial Agreement in the Social and Public Health Field, Council of Europe, Paris, February 2002.
- 2 Angelini A et al. Prävention der Mangelernährung, *Aktuel Ernaehr Med* 2003; 28:133–136.

Medizinethik

Medical Professionalism in the new Millennium – eine Charta zur ärztlichen Berufsethik

Dr. med. F. Rohrer, Lausen

Spricht man über ethische Fragen des Arztberufes, denkt man zunächst an den hippokratischen Eid. Laien gehen häufig davon aus, dass die Ärzte zu Beginn ihrer Berufstätigkeit einen solchen Eid geschworen haben. Bekanntlich handelt sich aber weder um einen Eid im engeren Sinne noch um eine andere verpflichtend abgegebene Erklärung. Nach Inhalten und Formulierungen ist der «Eid des Hippokrates» in vielen Belangen auch überholt, zudem berücksichtigt er viele Aspekte der heutigen ärztlichen Tätigkeit nicht.

Veränderungen der Gesundheitssysteme, der Stellung des Arztes in der Öffentlichkeit und damit der Arbeitsbedingungen führen in fast allen Ländern zu Frustrationen und Unsicherheiten bei Ärztinnen und Ärzten. Gerade in dieser Situation erscheint eine Orientierungshilfe für die grundlegenden ethischen Anforderungen des Arztberufes als dringend erforderlich. Mehrere amerikanische und europäische Fachgesellschaften (American Board of Internal Medicine, American Society of Internal Medicine, American College of Physicians, European Federation of Internal Medicine) haben sich deshalb in mehreren gemeinsamen

Diskussionsrunden mit derartigen ethischen Fragen beschäftigt und ein entsprechendes Dokument formuliert. Nach einer Präambel mit dem Titel «Professionalism is the basis of medicine's contract with society» werden drei grundlegende Prinzipien formuliert: Principle of primacy of patient welfare, Principle of patient autonomy und Principle of social justice. Anschliessend folgen im Hauptteil zehn einzeln ausgeführte Professional Responsibilities. Diese in mehrjähriger Arbeit formulierte Charta wurde im Februar 2002 zeitgleich in den *Annals of Internal Medicine* (Band 136, S. 243) und im *Lancet* (Band 359, S. 520) publiziert. Sie

wurde in vielen Zeitschriften nachgedruckt und in mehrere Sprachen übersetzt. In nationalen medizinischen Gesellschaften verschiedener Länder und in europäischen Fachgesellschaften wurde sie intensiv diskutiert und verbreitet.

Im deutschsprachigen Raum wurde diese Charta bisher praktisch nicht zur Kenntnis genommen. Dies ist bedauerlich, denn die Gesellschaften für Innere Medizin in Deutschland, Österreich und der Schweiz sind Mitgliedsgesellschaften der Europäischen Föderation für Innere Medizin (EFIM), die die Charta mitformuliert und publiziert hat. Deshalb wurde der Versuch unternommen, das Dokument ins Deutsche zu übersetzen. Dieses soll nachfolgend auch den Leserinnen und Lesern der Synapse vorgestellt werden.

Die Charta zur ärztlichen Berufsethik

Präambel

Die ärztliche Berufsethik ist die Basis für den Kontrakt zwischen Medizin und Gesellschaft. Für einen solchen «Gesellschafts-Vertrag» muss gefordert werden, dass die Interessen des Patienten über die des Arztes zu stellen sind, dass Standards der ärztlichen Kompetenz und der Integrität formuliert und gewährleistet werden und dass eine fachliche Beratung der Gesellschaft zu Fragen der Gesundheit geboten wird. Voraussetzung für einen solchen Kontrakt ist das Vertrauen der Öffentlichkeit in die Integrität des einzelnen Arztes und in den Ärztestand als Ganzes.

Zur Zeit sieht sich die Ärzteschaft mit einer Explosion von Technologien konfrontiert, mit erheblichen wirtschaftlichen Veränderungen, mit Problemen der Gesundheitsversorgung, des Bioterrorismus und der Globalisierung. Als Folge dieser Veränderungen fällt es den Ärzten immer schwerer, ihrer Verantwortung gegenüber den Patienten und der Gesellschaft gerecht zu werden. Unter diesen Umständen ist es um so wichtiger, die grundlegenden und allgemeinen Prinzipien und Werte des ärztlichen Berufsstandes zu bekräftigen. Dies sind die Ideale, nach denen alle Ärzte weiterhin streben sollten. Die Ärzteschaft ist überall in bestimmte Kulturen und nationale Traditionen eingebettet, aber allen Ärzten ist die Rolle des «Heilers» gemeinsam, die sich in ihren Wurzeln bis

zu Hippokrates zurückverfolgen lässt. Die Ärzteschaft muss aber mit komplizierten politischen, rechtlichen und ökonomischen Kräften kämpfen.

Darüber hinaus bestehen erhebliche Unterschiede in der Gesundheitsversorgung, weshalb die allgemeinen Grundsätze sehr komplex und mit sorgfältig gewählten Worten zu formulieren sind. Trotz dieser Unterschiede bestehen aber Gemeinsamkeiten, die die Basis der Charta und ihrer drei Grundprinzipien sowie der Statements zu den unterschiedlichen Aspekten ärztlicher Verpflichtungen bilden.

Grundlegende Prinzipien

1. Das Primat des Patientenwohls

Dieses Prinzip basiert auf der grundsätzlichen Verpflichtung, den Interessen des Patienten zu dienen. Altruismus trägt zu dem Vertrauen bei, das im Mittelpunkt des Arzt-Patienten-Verhältnisses steht. Ökonomische Interessen, gesellschaftlicher Druck und administrative Anforderungen dürfen dieses Prinzip nicht unterlaufen.

2. Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten

Ärzte haben das Selbstbestimmungsrecht des Patienten grundsätzlich zu respektieren. Sie müssen ihren Patienten gegenüber aufrichtig sein und diese darin unterstützen, sich zu informieren und sachgerechte Entscheidungen über ihre Behandlungen zu fällen. Die Entscheidungen des Patienten über ihre Behandlungen sind oberstes Gebot, solange sie mit ethischen Prinzipien vereinbar und nicht mit unangemessenen Ansprüchen des Patienten verbunden sind.

3. Die soziale Gerechtigkeit

Die Ärzteschaft ist aufgerufen, Gerechtigkeit im Gesundheitswesen zu fördern. Dies schließt die faire Verteilung der zur Verfügung stehenden Mittel ein. Ärzte sollen sich aktiv daran beteiligen, Diskriminierungen im Gesundheitswesen auszumerzen. Dies bezieht sich auf die ethnische Herkunft, das Geschlecht, den Sozialstatus, die Religion und auf jede andere gesellschaftliche Kategorie.

Ärztliche Verantwortlichkeiten

1. Verpflichtung zur fachlichen Kompetenz

Ärzte müssen sich zu lebenslangem Lernen verpflichten. Sie sind selbst für den

Erhalt ihrer Kenntnisse und Fertigkeiten verantwortlich, die zur Beibehaltung der Versorgungsqualität erforderlich sind. In Erweiterung dieser Grundsätze muss die Ärzteschaft als Ganzes bemüht sein, dass alle ihre Mitglieder die fachliche Kompetenz aufrechterhalten, und sie muss sicherstellen, dass für die Ärzte angemessene Möglichkeiten geboten werden, dieses Ziel zu erreichen.

2. Verpflichtung zur Wahrhaftigkeit im Umgang mit Patienten

Ärzte müssen sicherstellen, dass ihre Patienten vollständig und wahrheitsgemäß informiert sind, bevor diese einer Behandlung zustimmen, und erneut, nachdem die Behandlung durchgeführt wurde. Hiermit ist nicht gemeint, dass der Patient in jede kleine ärztliche Einzelentscheidung eingebunden sein muss. Wichtig ist vielmehr, dass der Patient ermutigt wird, über den generellen therapeutischen Ablauf mitzuentcheiden. Ärzte müssen grundsätzlich eingestehen, dass gelegentlich medizinische Irrtümer vorkommen, die zur Schädigung des Patienten führen können. Immer wenn Patienten als Folge einer medizinischen Massnahme zu Schaden kommen, sollten sie sofort hierüber informiert werden, weil eine Unterlassung dieser Information das Vertrauen des Patienten und der Gesellschaft erheblich belasten würde. Meldungen und Analysen medizinischer Fehler stellen die Grundlage für Strategien zur Fehlervermeidung sowie zur angemessenen Entschädigung der Patienten dar.

3. Verpflichtung zur Vertraulichkeit

Offenheit und Vertrauen der Patienten machen es erforderlich, angemessene Massnahmen zu ergreifen, mit denen eine Vertraulichkeit bezüglich aller Informationen durch den Patienten sichergestellt wird. Diese Verpflichtung erstreckt sich auch auf Gespräche mit Personen, die für den Patienten handeln, wenn es nicht möglich ist, das Einverständnis des Patienten selbst zu erhalten.

Die Verpflichtung zur Vertraulichkeit ist heute wichtiger als je zuvor, vor allem wegen der breiten Verwendung elektronischer Medien bei der Sammlung von Informationen über den Patienten. Ein weiterer Grund ist die zunehmende Verfügbarkeit von genetischen Daten. Ärzte müssen andererseits anerkennen,

dass die Verpflichtung zur Vertraulichkeit gelegentlich im öffentlichen Interesse hinter andere wichtige Verpflichtungen zurückzutreten hat, z.B. wenn eine Gefährdung anderer Menschen durch den Patienten droht.

4. Verpflichtung zur Pflege angemessener Beziehungen zum Patienten

Angesichts der grundsätzlich bestehenden Verletzlichkeit und Abhängigkeit von Patienten müssen bestimmte Beziehungen zwischen Ärzten und Patienten unbedingt vermieden werden. Insbesondere dürfen Ärzte niemals ihre Patienten zur Vornahme sexueller Handlungen, zur Erzielung persönlicher finanzieller Vorteile oder für andere private Ziele ausnutzen.

5. Verpflichtung zur ständigen Qualitätsverbesserung

Ärzte müssen sich einer ständigen Verbesserung der Qualität ihrer medizinischen Versorgung verpflichtet fühlen. Diese Verpflichtung bezieht sich nicht nur auf den Erhalt der persönlichen Kompetenz, sondern auch auf die Zusammenarbeit mit Kollegen oder mit anderen Berufsgruppen. Ziele müssen dabei die Verminderung ärztlicher Fehler, die Steigerung der Patientensicherheit, die Reduzierung einer Überversorgung mit Verschwendung finanzieller Mittel sowie die Optimierung der Therapieerfolge sein. Ärzte sollten sich aktiv an der Entwicklung besserer Instrumente zur Beurteilung der medizinischen Qualität sowie an deren routinemässiger Anwendung bei Einzelpersonen, Institutionen oder sonstigen mit der Gesundheitsversorgung betrauten Einrichtungen beteiligen. Ärzte sollten sich also persönlich und über ihre Landesorganisationen für die Unterstützung bei der Entwicklung und der Anwendung von Massnahmen zur ständigen Qualitätsverbesserung im Gesundheitswesen verantwortlich fühlen.

6. Verpflichtung zum Erhalt des Zugangs zu medizinischen Leistungen

Die ärztliche Berufsethik fordert, dass alle medizinischen Versorgungssysteme einen einheitlichen und angemessenen

Versorgungsstandard zu bieten haben. Ärzte sollten sich individuell und als Gruppe darum bemühen, Gerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung zu erreichen. In allen Gesundheitssystemen müssen Ärzte daran arbeiten, Zugangsbarrieren durch Erziehung, Gesetze, Finanzen, geographische Herkunft oder soziale Diskriminierung zu beseitigen. Die Bemühungen um Gerechtigkeit schliessen die Förderung der öffentlichen Gesundheitsversorgung und präventiver Massnahmen ein. Jeder Arzt hat diesbezüglich im öffentlichen Interesse zu handeln, wobei Eigeninteressen oder Interessen seiner Berufsgruppe keine Rolle spielen sollten.

7. Verpflichtung zur gerechten Verteilung begrenzter Mittel im Gesundheitswesen

Bei der Berücksichtigung der Bedürfnisse individueller Patienten müssen Ärzte eine Gesundheitsversorgung anbieten, die auf einem klugen und effektiven Einsatz der begrenzten Mittel beruht. Sie sollen mit anderen Ärzten, Krankenhäusern und Versicherungen zusammenarbeiten, um Leitlinien für eine kosteneffektive Versorgung zu entwickeln. Die Verantwortung für einen angemessenen Einsatz der Mittel erfordert eine konsequente Vermeidung von überflüssigen Untersuchungen und Behandlungen. Der Einsatz überflüssiger Massnahmen setzt nicht nur den Patienten einer vermeidbaren Gefährdung aus, sondern vermindert auch die für andere Patienten zur Verfügung stehenden Mittel.

8. Verpflichtung zur Nutzung wissenschaftlicher Erkenntnisse

Der Kontrakt zwischen Medizin und Gesellschaft beinhaltet auch die angemessene Berücksichtigung wissenschaftlicher Erkenntnisse und neuer Technologien. Ärzte haben die Pflicht, wissenschaftliche Standards aufrechtzuerhalten, Forschung zu fördern, neue Erkenntnisse zu gewinnen und deren angemessenen Gebrauch sicherzustellen. Die Ärzteschaft ist für die Richtigkeit dieser Erkenntnisse, die sowohl auf wissenschaftlicher Evidenz als auch auf ärztlicher Erfahrung beruhen, verantwortlich.

9. Verpflichtung zum angemessenen Verhalten bei Interessenkonflikten

Ärzte und deren Organisationen haben viele Gelegenheiten, durch Erzielung privaten Gewinns oder persönlicher Vorteile ihre ethische Verantwortung zu kompromittieren. Solche Kompromittierungen sind besonders bedrohlich bei persönlicher oder institutioneller Verflechtung mit einer gewinnorientierten Industrie, seien es Medizingeräte-Hersteller, Versicherungen oder die Pharmaindustrie. Ärzte haben die Verpflichtung, Interessenkonflikte, die im Laufe ihres Berufslebens und sonstiger Aktivitäten auftreten, zu erkennen, diese gegenüber der Öffentlichkeit kundzutun und in angemessener Weise beizulegen. Verbindungen zwischen der Industrie und ärztlichen Führungskräften (Opinion-leader) müssen bekanntgemacht werden, insbesondere wenn letztere die Kriterien für klinische Prüfungen und deren Publikationen festlegen, wenn sie Editorials oder Leitlinien verfassen oder als Herausgeber wissenschaftlicher Zeitschriften fungieren.

10. Verpflichtung zur kollegialen Verantwortung

Von Ärzten darf erwartet werden, dass sie als Mitglieder eines Berufsstandes bei der Patientenversorgung kollegial zusammenarbeiten, respektvoll miteinander umgehen, sich am Prozess der Selbstkontrolle beteiligen und dabei auch Kollegen, die sich von gültigen ethischen Standards entfernt haben, korrigieren oder disziplinieren. Die Landesorganisationen sollten für gegenwärtige und zukünftige Ärzte die Prinzipien der Weiterbildung und die Prozesse zur Beschreibung von Standards definieren und organisieren. Ärzte haben sowohl eine persönliche als auch eine kollektive Verpflichtung, sich an solchen Prozessen zu beteiligen. Diese Verpflichtungen schliessen eine Mitwirkung bei internationalen Vergleichen und eine Akzeptanz externer Vergleiche bezüglich aller Aspekte der beruflichen Tätigkeit ein.

Die Bedeutung der Charta für die Ärzteschaft

Dr. med. Werner Tschan,
Master in Applied Ethics, Basel

Die tiefe Bedeutung einer derartigen Charta liegt in deren Ritualgestaltung für die Ärzteschaft. Sie legt damit Zeugnis ab über die gemeinsam geteilten Grundwerte, die sowohl ihre Berufsethik als auch ihre Lehrmeinung dokumentieren. Nicht zuletzt soll mit einer solchen berufsethischen Selbstdeklaration das nachhaltige Vertrauen von Patienten und ihren Angehörigen in die ärztlichen Handlungen gefördert und sichergestellt werden. Die Charta wurde aufgrund ihres wegleitenden Charakters unter anderem durch die Arbeitsgruppe «Umgang mit Tätern» der Medizinischen Gesellschaft Basel integral in ihrem Positionspapier aufgenommen (siehe www.medges.ch → Patientenberatung).

Der Arztberuf ist mit vielen Privilegien verbunden, die einen verantwortungsvollen und umsichtigen Umgang mit der damit übertragenen Macht erfordern. Diese Macht ist struktureller Art und Ausdruck der Arzt-Patienten-Beziehung. Kraft seiner Kenntnisse, Fähigkeiten und Haltungen wird dem Arzt die Definitionsmacht zwischen krank und gesund zugestanden. Die Charta formuliert drei universal gültige Grundprinzipien ärztlicher Selbstverpflichtung. Diese sind das Primat des Patientenwohls, das Selbstbestimmungsrecht des Patienten und das Einstehen für soziale Gerechtigkeit, insbesondere im Hinblick auf eine gerechte Allokation (Zugang, Verteilung) der zur Verfügung stehenden Ressourcen. Die beiden deontologischen Grundprinzipien medizinischen Handelns – *nihil nocere* und *facere bonum* – sind nach wie vor prägende Kerngedanken und bestimmen die Grenzen ärztlicher Tätigkeit unabhängig von jeglicher Wirtschaftlichkeit.

Ohne den Begriff in der Charta selbst zu verwenden, stützt sich das Selbstbestimmungsrecht auf die Doktrin des «Informed Consent», der informierten Zustimmung des Patienten zu allen ärztlichen Massnahmen. Es ist in diesem Zusammenhang wesentlich zu berücksichtigen, dass der Begriff des «Informed Consent» erstmals in

einem amerikanischen Gerichtsurteil 1957 auftaucht und anschliessend primär in der US-amerikanischen Rechtsprechung seine Ausformung erfährt. Die Charta postuliert heute dessen universelle Gültigkeit, und wohl niemand bezweifelt ernsthaft dessen grundlegende Bedeutung für die heutige Medizin, insbesondere für die Arzt-Patienten-Beziehung und den damit geschaffenen Vertrauensraum.

Die Charta führt weiter eine Reihe ärztlicher Verantwortlichkeiten auf, die teilweise weit über die aus der Standesordnung der FMH bekannten Regeln hinausgehen. Die Charta könnte somit einen Anstoss für eine gelegentliche Überarbeitung unserer eigenen Standesordnung geben. Durch regelmässige Neuformulierung erfuhr beispielsweise auch der hippokratische Eid im Laufe der Jahrhunderte Anpassungen an den Zeitgeist. Aus der Sicht der Patienten ist sicherlich einer der wichtigsten Punkte der Charta deren Formulierung über den Umgang mit Fehlern innerhalb der Medizin. Hier ist ein grundlegender Paradigmenwechsel zu erkennen, indem wohl erstmalig in einem Berufscodex Strategien zur Fehlervermeidung als Leitgedanke ärztlichen Handelns aufgegriffen werden.

Ebenso neu ist die Formulierung einer ärztlichen Verpflichtung, andere Menschen zu warnen, wenn im Rahmen von Behandlungen Kenntnisse von deren Gefährdung erlangt werden. Die Wahrung des Patientengeheimnisses erfordert in solchen Fällen eine äusserst heikle Güterabwägung. Für den europäischen Leser sei auf die Bedeutung der Tarasoff-Urteile (1974, 1984) verwiesen, als der kalifornische Supreme Court eine als «duty to warn» bezeichnete Vorschrift für Ärzte formulierte, die zumindest im angelsächsischen Raum inzwischen in diversen Urteilen der obersten richterlichen Behörden zu ähnlich gelagerten Urteilen geführt hat.

Wenn die Charta betont, dass Ärzte die Pflicht haben, wissenschaftliche Standards aufrechtzuerhalten, dürfen sie nicht davor zurückschrecken, unliebsame Erkenntnisse

gegenüber der Gesellschaft zu vertreten. «Die Ärzteschaft ist für die Richtigkeit dieser Erkenntnisse, die sowohl auf wissenschaftlicher Evidenz als auch auf ärztlicher Erfahrung beruhen, verantwortlich.» Diese Feststellungen treffen beispielsweise in besonderem Masse für die Häufigkeit und die Folgen sexueller Gewaltdelikte zu, wo viele Betroffene medizinische Hilfe suchen, jedoch mangels fundierter Kenntnisse der Ärzte in dieser Thematik häufig nicht finden. Dies beruht nicht zuletzt darauf, dass die entsprechenden pathophysiologischen Fakten wie auch die spezifischen Behandlungstechniken kaum vermittelt werden. Im kürzlich veröffentlichten Bericht der WHO über sexuelle Gewalt und Gesundheit werden ausdrücklich die Entscheidungsträger in die Verantwortung genommen, die es bisher wider besseres Wissen versäumt haben, dem Thema die gebührende Beachtung zu schenken, was angesichts der Häufigkeit sexueller Gewaltdelikte eine gesundheitspolitisch höchst bedenkliche Entwicklung charakterisiert.

Einmal mehr formuliert auch diese Charta, dass zwischen Ärzten und ihren Patienten eine grundsätzliche Verletzlichkeit und Abhängigkeit besteht und dass folglich bestimmte Beziehungen unbedingt zu vermeiden sind. «Insbesondere dürfen Ärzte ihre Patienten niemals zur Vornahme sexueller Handlungen ... ausnutzen.» Die Charta zeigt damit eindeutig, dass die Einhaltung fachlicher Grenzen universell gültig ist und somit eine Verpflichtung aller ärztlichen Disziplinen darstellt. Ebenso gilt für alle die Verpflichtung zur kollegialen Verantwortung. Der Beschluss der Ärztekammer vom 11. Oktober 2003, auf Antrag der Medizinischen Gesellschaft Basel eine Projektgruppe zum Thema «Umgang mit Tätern» einzuberufen, deckt sich mit den Inhalten der Charta, die fordert, dass Kollegen, die sich von gültigen ethischen Standards entfernt haben, zu korrigieren oder zu disziplinieren seien. Weiter fordert die Charta von den Standesorganisationen, dass sie sich sowohl zu den Prinzipien der Weiterbildung äussern als auch die Ausformulierung der geltenden Standards definieren. Die praktizierenden Ärzte sind

damit explizit aufgefordert, die Curricula mitzugestalten und nicht bloss den klinisch und akademisch tätigen Kollegen zu überlassen. Die dazu erforderliche Organisation muss durch die ärztliche Standesordnung geschaffen werden.

Dieser Charta kommen weitreichende Implikationen zu, die ein Überdenken tradierter Ansichten erfordern. Sie formuliert damit nicht bloss einen Ist-Zustand, sondern stellt ebenso eine Vision ärztlichen Handelns dar, welche inskünftige Entwicklungen und Tendenzen vorgibt. Einer der-

artigen Charta kommt zwar keine unmittelbare Rechtsverbindlichkeit zu, mangels normativer Bestimmungen über den Vertrauensraum der Arzt-Patienten-Beziehung fliessen die Grundgedanken dennoch in die Rechtsprechung ein. Der Text verdient dadurch vertiefte Beachtung.

Politik

Neue Kantonsärztin von Basel-Stadt im Amt



Dr. med.
Anne Witschi,
MSc, Kantonsärztin
Basel-Stadt

Seit dem 1. Oktober bin ich Kantonsärztin von Basel-Stadt. Da die Stelle während neun Monaten vakant geblieben ist, stapelten sich die Aktenberge, als ich in meinem neuen Büro ankam. Als Mutmacher waren aber zwei herbstfarbene Blumensträusse und viele Willkommensgrüsse da, und meine Chefin, meine Amtskollegen und meine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben mich beim Einstieg so unterstützt, dass ich die zwei ersten Arbeitswochen gut überstanden habe.

Im Moment arbeite ich mich noch in die verschiedenen Dossiers ein und versuche, mir ein detailliertes Bild über die Geschäfte des kantonsärztlichen Dienstes zu machen. Parallel dazu leite ich mein Team und lerne meine internen und externen Partnerinnen und Partner kennen.

Priorität hat für mich heute die interne Organisation der Routinegeschäfte, deren Ablauf ich gerne weiter systematisieren möchte. Wichtige Entscheide sollen möglichst rasch gefällt und Probleme auf effiziente Art und Weise gelöst werden können. Inhaltlich konzentriere ich mich vorerst auf meine Kernaufgaben, wie Praxisbewilligungen, Aufsicht über die Medizinalberufe, Kostengutsprachen, die medizinische Betreuung in den Gefängnissen und die Durchführung des fürsorglichen Freiheitsentzugs.

Mittelfristig werde ich aber auch den Bereich der Infektionskrankheiten angehen. Das heisst vor allem, das Meldewesen zu etablieren und Abläufe zur Verhütung, Abklärung und Bekämpfung von Epidemien zu definieren. Im Fall einer Epidemie müssen wir nämlich rasch und strukturiert intervenieren können, ohne dass deswegen in der Bevölkerung Panik ausbricht. Ein weiterer Schritt wird die Entwicklung von grösseren interdisziplinären Projekten im Bereich der öffentlichen Gesundheit sein, wobei ich als Infektionsepidemiologin den Fokus auf die Infektionskrankheiten setzen werde.

Ich wünsche mir, dass der kantonsärztliche Dienst sich zu einem professionell arbeitenden und kompetenten Zentrum für Fragen im Bereich der öffentlichen Gesundheit weiterentwickeln kann, und freue mich auf das gute Zusammenspiel mit all meinen Partnerinnen und Partnern in und um Basel.

Aus dem Vorstand

Aus dem Vorstand BS

Die **Mitgliederversammlung** findet am 23. Oktober um 19.30 Uhr im Zentrum für Lehre und Forschung (ZLF) statt. Wichtigstes Traktandum ist der kantonale Anschlussvertrag zwischen santésuisse und der MedGes, welcher u.a. den kantonalen Starttaxtpunktwert regelt. Weiter wird über einen Solidarbeitrag für Syndata von Fr. 150.– pro praktizierendes Mitglied abgestimmt werden. Entsprechend der Beschreibung in der Beilage des letzten Syndata Tickers wird dieser Beitrag zur

Verbilligung der Teilnahme an der Datenerhebung eingesetzt. Ziel der Medizinischen Gesellschaft ist es, dank möglichst vieler Teilnehmer über ein umfassendes Datenmaterial für spätere Verhandlungen mit Versicherungen und politischen Behörden zu verfügen.

● Sekretariat

Dank des Verhandlungsgeschicks unseres Präsidenten können wir uns die Mietkosten für die Räumlichkeiten an der

Marktgasse 5 bei der Schiffflände leisten. Das Sekretariat wird im Dezember dieses Jahres dorthin umziehen, die Medizinische Notfallzentrale wird im Januar 2004 folgen. Das neue Sekretariat wird über grosszügige Sitzungsräume verfügen, welche auch von Kommissionen und Fachgruppen genutzt werden können.

● Notfalldienst

In naher Zukunft werden den diensthabenden Ärzten professionelle, mit Medikamenten und Defibrillatoren ausgerüstete Notfallkoffer sowie eine entsprechende Schulung angeboten werden. Finanziert wird diese Ausrüstung aus dem Fonds der Dienstersatzabgaben.

Referendum! – Kommentar zum Entscheid der Ärztekammer vom 11. Oktober 2003

Dr. med. Lukas Wagner,
Präsident der Ärztesgesellschaft Baselland

Einigkeit der Ärzteschaft

Gemäss Äusserung eines Ärztekammermitglieds, das seit 32 Jahren in diesem Gremium sitzt, habe noch nie eine derartige Einigkeit geherrscht. Das Referendum gegen die KVG-Revision II muss ergriffen werden! 157 Ja gegen 2 Nein machen den Entscheid zu einem machtvollen politischen Instrument. Nun geht es darum, die notwendigen 50 000 Unterschriften zu sammeln, sobald die Revision formell beschlossen ist und die Referendumsfrist zu laufen beginnt, vermutlich unmittelbar nach dem Jahreswechsel. Trotz zu erwartender Gegenwehr seitens bürgerlicher Parteien, der Krankenkassen und von Bundesstellen besteht eine klare Chance, dieses Referendum zu gewinnen!

Freie Arztwahl wird abgeschafft

Hauptgrund und gemeinsamer Nenner für den überwältigend klaren Referendumsentscheid – notabene nach einer unmittelbar vorausgegangenen zweistündigen Tarmed-Streitdebatte! – dürfte sein, dass die Ärzteschaft in der Abschaffung des sogenannten Vertragszwangs und der flächendeckenden Einführung von Netzwerken mit Budgetverantwortung grösste Gefahren für das Wohl der Kranken sieht, besonders derjenigen, die es am nötigsten hätten. Denn die Erfüllung des ärztlichen Auftrags wird massiv erschwert. Der Grundsatz «*salus aegroti*

summa lex» kann so nicht mehr eingehalten werden. Was der obligatorisch versicherten Bevölkerung nämlich nicht gesagt wird, ist, dass die freie Arztwahl faktisch abgeschafft wird. Netzwerke, deren ungenaue Definition auch bei Befürwortern von Managed Care grösste Zweifel aufkommen lassen müssen, werden Patienten und Ärzten mehr oder weniger aufgezwungen.

Abschaffung des Vertragszwangs schafft noch schärferen Vertragszwang!

Was von Ökonomen nicht bestritten, aber im vorliegenden Zusammenhang verschwiegen wird, ist die Tatsache, dass Wettbewerb zur Gewinnoptimierung und Marktausweitung führt. Wie nun genau mit diesem Instrument der Gesundheitsmarkt gebremst und die Gesamtkosten eingedämmt werden sollen, müsste man uns noch erklären ... Es stimmt schon, die Gesetze des Wettbewerbs werden spielen! Die Netzwerke werden sich untereinander die guten Risiken abjagen, wie es heute schon die Krankenkassen tun (müssen), und wir Ärzte als faktisch zwangsweise Netzwerkmitglieder werden das üble Spiel auch noch mitspielen müssen, wenn wir nicht aus den Netzen geworfen werden wollen. Wir tragen ja die Budgetverantwortung mit! Auf der Strecke bleiben die teuren Fälle, d.h. die Schwer- und Chronischkranken. Und hier liegt genau der Kern des Problems. Statt der schöneredeten «Vertragsfreiheit» werden Ärztinnen und Ärzte faktisch in Verträge mit den Kassen ge-

zwungen, wenn sie wirtschaftlich überleben wollen. Die gesetzlichen Bestimmungen lassen keinen grossen Verhandlungsspielraum für uns – weder innerhalb noch ausserhalb von Netzwerken. Die Kassen machen das Geschäft und wir Ärzte den Job!

Alternativen?

Das bestehende KVG bietet genügend Rechtsmittel, unwirtschaftlich arbeitende Leistungserbringer zu sanktionieren und die Qualität der Medizin zu fördern. Dazu braucht es diese Verschlimmbesserung des KVG nicht. Es fehlt nicht am Recht. Es fehlt am Mut zu fairer Kommunikation. Es fehlt am Mut einzugestehen, dass nur Leistungsbeschränkungen Einsparungen bringen. Aber wer will denn wirklich Beschränkungen, wenn es um Gesundheit und Krankheit oder gar um Leben oder Tod geht? Mit Macht- und Wirtschaftspolitik sind die Probleme der Medizin und des Gesundheitswesens jedenfalls nicht zu lösen.

Das Volk muss das letzte Wort haben!

Wenn unsere Bevölkerung diese Revision will, soll sie dazu in einer Abstimmung ja sagen können. Es wäre nichts als redlich gewesen und hätte dem Ansehen der Politik in der Schweiz keinen Abbruch getan, wenn die Räte den Mut gehabt hätten, diese grundsätzliche Änderung des Krankenversicherungsgesetzes dem obligatorischen Referendum zu unterstellen. Noch hätten sie Gelegenheit dazu ...

Mitteilung der santésuisse zur Rechnungsstellerstatistik 2002

Die Rechnungsstellerstatistik für das Jahr 2002 steht für die Mitglieder der Ärztesgesellschaft Baselland und der Medizinischen Gesellschaft Basel bei der santésuisse Basel zur Verfügung.

Gemäss Abklärungen mit dem Eidgenössischen Datenschutzbeauftragten dürfen die Statistikdaten nur dem Gestuchsteller persönlich abgegeben werden. Ärztinnen und

Ärzte haben die Möglichkeit, ihre persönlichen Statistikdaten bei

santésuisse Basel, Centralbahnstrasse 21, Postfach, 4002 Basel

schriftlich anzufordern.

Bitte beachten: Zahlstellenummern mitteilen (entspricht der «Konkordatsnummer») und frankiertes Rückantwortcouvert beilegen.

Notstand, Missstände und Förderstrategien bei den Nierenspenden

Markus Weisskopf, Präsident «Reneo»,
Verein zur Förderung der Nierenspende,
Basel

Im Jahr 2002 starb jede Woche in der Schweiz ein Mensch aus Mangel an einem Spenderorgan. Die Spendebereitschaft sinkt, der Organmangel nimmt markant zu. Transplantationsexperten wollen eine Kultur des Organspendens erreichen und schlagen verstärkte Öffentlichkeitsarbeit, regelmässige Schulung und Begleitung des Spitalpersonals, Ausbau der Transplantationskoordination sowie Spendeanzeigen vor. Das neue Transplantationsgesetz, das in der nationalrätlichen Vernehmlassung ist, versteht sich aber nicht als Beitrag, dem wachsenden Organmangel entgegenzuwirken. Jetzt wurde mit der Gründung von «Reneo» ein aktives Medium zur Aufklärung und Vermittlung geschaffen. Der Verein zur Förderung der Nierenspende will zusammen mit Ärzten und der STATKO (Swisstransplant, Arbeitsgruppe Transplantationskoordinatoren) den Organnotstand publik machen und zu dessen mittelfristiger Entschärfung vorzugsweise die Lebendspende propagieren.

Die Schweiz – reich an Empfängern, arm an Spendern

Die Organtransplantation ist ein akzeptiertes, etabliertes und auch ökonomisch vorteilhaftes Therapieverfahren bei vielerlei Erkrankungen. In der Schweiz standen letztes Jahr 410 Transplantate von 75 Spendern zur Verfügung. Demgegenüber warteten 1137 Kranke auf ein oder mehrere lebensrettende Organe. 54 dieser Patienten starben bis Ende Jahr. Seit 1990 nehmen die Organspenden (damals 109 an der Zahl) stetig ab, während die Zahl der Wartenden beständig ansteigt. Erwiesen ist, dass es in der Schweiz genügend Spender gäbe. Weshalb dieser tödliche Organmangel?

Transplantation – Lebensqualität erhalten und Kosten sparen

Die steigende Nachfrage an Transplantaten hängt vor allem mit der Überalterung

unserer Bevölkerung und der Zunahme von Altersdiabetes zusammen. Dieser ist für die wachsende Zahl der Niereninsuffizienten verantwortlich. Die Niere ist das am häufigsten benötigte (744 Patienten auf der Warteliste von 2002) und gespendete Organ (225 Transplantationen) vor Leber, Lunge und Herz. Je älter die Bevölkerung im Durchschnitt wird, desto mehr Menschen sind zum Weiterleben von der regelmässigen und die Lebensqualität erheblich mindernden Dialyse abhängig. Die sinnvollere Alternative ist die Organspende: Vergleicht man die Mortalität und die Kosten von Nierentransplantationen mit jenen der Dialyse, erweist sich die Transplantation über mehrere Jahre als viel vorteilhafter. Dazu kommt, dass gesunde Organe bis ins hohe Alter transplantierbar sind. Daher scheint es für Reneo vordringlich, die älteren Menschen zu überzeugen, beim Tod ihre Organe Altersgenossen zu überlassen, denen ein Transplantat zusätzliche Lebensjahre schenken kann.

Lebendspende – mit gutem Grund zunehmend

Ein Lichtblick: 2002 gab es hierzulande erstmals mehr Nierentransplantationen von lebenden Spendern als von verstorbenen. Seit den 80er Jahren als wichtige Organquelle genutzt und gefördert, nehmen die Lebendspenden landesweit zu. Mit gutem Grund, ist das Mortalitätsrisiko bei der Operation doch äusserst gering sowie die Lebenserwartung und Lebensqualität mit nur einer Niere nicht beeinträchtigt. Auch das Risiko, im Lauf des Lebens eine dialysepflichtige Nierenerkrankung zu erleiden, ist beim Nierenspender nicht höher als beim Rest der Bevölkerung. Des weiteren hat die Lebendspende gegenüber der Leichenspende den Vorteil, dass die Suche nach einem geeigneten Spender frühzeitig begonnen und der Zeitpunkt der Transplantation im voraus bestimmt werden kann – idealerweise bevor eine Dialysebehandlung nötig wird. Die erforderlichen medizinischen Tests erfolgen ohne Zeitdruck, und die Operation muss nicht notfallmässig durchgeführt werden. Eine

grosse statistische Erhebung in den USA hat neulich gezeigt, dass diese Form der Nierentransplantation das Langzeitrisko des Transplantatverlusts um 86% vermindert und die bei einer Dialysetherapie übliche Teilinvalidität vermeiden kann.

Im Spital – lieber nicht fragen, als Leben zu retten?

Was die Leichenspenden anbelangt, so sind die ungenügende Infrastruktur und Kapazität sowie der oft fehlende Wille zur Transplantation in den Spitälern die Hauptursache für die rückläufigen Zahlen. Ärzte und Pflegende empfinden es als belastend, die Hinterbliebenen eines Verstorbenen mit dem Thema Organspende zu konfrontieren: Die Wahrscheinlichkeit ist hoch, dass die je nach Kanton erforderliche Einwilligung in die Organspende (sogenannte «Zustimmungslösung») nicht erbeten und die transplantierbaren Organe nicht entnommen werden. Erschwerend kommt die noch immer – selbst unter Pflegenden! – anzutreffende Skepsis gegenüber dem ausschlaggebenden Kriterium des Hirntodes hinzu. So gehen die Organe eines grossen Teils der jährlich rund 300 Hirntoten in der Schweiz verloren. Eine gezielte Schulung und Disziplinierung des intensivmedizinischen Personals in diesem Bereich tut not!

Private Entscheidung treffen und den Angehörigen mitteilen

Nebst Umdenken und (psychologischem) Training beim Spitalpersonal muss auch die breite Bevölkerung für die häufig tabuisierte oder mit Ängsten (vernachlässigte Intensivpflege wegen Aussicht auf Organerhalt; Organhandel) befrachtete Thematik gewonnen werden. Es muss das Ziel sein, dass jeder Einwohner einen Spenderausweis besitzt und auch auf sich trägt. Ausserdem sollten die Angehörigen Kenntnis davon haben, ob man sich für oder gegen die Organspende im Todesfall entschieden hat. Dieses Vorgehen entlastet die Angehörigen von einer heiklen Entscheidung in schwerer Stunde und erleichtert dem Spitalper-

sonal eine für fremdes Leben entscheidende Frage.

Reneo ruft zur Unterstützung auf und fordert

- die Lebendspende als bedenkenlose und erfolgversprechendste Therapieform vermehrt zu fördern
- die Spitäler zu unterstützen, damit sie die Leichenspenden systematisch nutzen wollen und können
- die Widerspruchsregelung für die Leichenspende ins Transplantationsgesetz aufzunehmen
- die Spendebereitschaft jeder in der Schweiz lebenden Person zentral zu erfassen

Setzen Sie sich persönlich in Fach- und politischen Kreisen gegen den vermeidbaren Organmangel ein!

Tessin – mit Wille und Einsatz die Richtung vorgeben

Wie der unnötige Verlust transplantierbarer Organe vermieden werden kann, zeigt sich im Kanton Tessin. Dort steht keines der sechs Schweizer Transplantationszentren (Basel, Bern, Genf, Lausanne, St. Gallen, Zürich), doch engagieren sich die Chefärzte von Chirurgie und Intensivstation des Ospedale Civico in Lugano seit längerem mit Geschick und Erfolg für die Organtransplantation, indem sie selbst mit den Angehörigen von Hirntoten und Spendern in Kontakt treten, ihre Mitarbeitenden ausgezeichnet motivieren und diese regelmässig mit einem eigens erarbeiteten Ausbildungssystem schulen. In Kombination mit der Aufklärung der Öffentlichkeit hat sich in der italienischen Schweiz inzwischen eine eigentliche Organspendekultur entwickelt, die sich in einer fast dreimal höheren Spenderate als in der Deutschschweiz niederschlägt!

Europa – bessere Organisation, höhere Spendekultur

Ein weiterer Missstand: Es fehlt in unserem Land an genügend Transplantationskoordinatoren. Diese müssten einer-

seits für den notwendigen ausserordentlichen Einsatz beim Ermitteln, Vermitteln und Zuweisen von patientenspezifischen Organen angemessen entlohnt werden und andererseits volle Mitsprache im Ärzteteam haben. Derzeit droht unter dem Sparzwang sogar ein Abbau dieser viel zu wenigen Fachkräfte. Bloss 7 Fachpersonen, vorwiegend Krankenschwestern und -pfleger, sind in der Schweiz mit dieser äusserst anspruchsvollen Aufgabe beauftragt. Zum Vergleich: In Spanien werden sowohl in Zentrums Spitälern als auch in kleineren Hospitälern jeweils mehrere speziell ausgebildete staatliche Koordinatoren dafür bezahlt, dass sie mögliche Organspender ausfindig machen. Mit 1410 Spendern oder 33,7 pro Million Einwohner im vergangenen Jahr und einer steigenden Spendetendenz steht Spanien an der Spitze der europäischen Statistik. An deren Ende figuriert nach Luxemburg die Schweiz (75 Spender oder 10,4 pro Mio. Einwohner). Sind uns die organkranken Mitmenschen so gleichgültig?

Politik – an den wahren Problemen vorbei

Dass der jetzt im Nationalrat behandelte bundesrätliche Entwurf des Transplantationsgesetzes für Remedur sorgt, bezweifelt Reneo: Zwar soll das – wohl nicht vor 2006 rechtskräftige – Gesetz Missbrauch verhindern, Rechtssicherheit, Transparenz und Vertrauen schaffen und die Organtransplantation endlich einheitlich auf Bundesebene regeln. Doch ist die ursprünglich vorgesehene Absichtserklärung bereits gestrichen, das Gesetz müsse dazu beitragen, mehr menschliche Organe bereitzustellen. Fragwürdig ist auch das Verharren auf der erweiterten Zustimmungslösung, welche die Organentnahme nur erlaubt, wenn sie der Verstorbene oder die nächsten Angehörigen ausdrücklich gestattet haben. Zu der – beispielsweise in Österreich längst gültigen – «Widerspruchslösung» überzugehen wäre ein mutiger Schritt in die richtige Richtung. Diese stillschweigende Einwilligung erlaubt die Organentnahme, falls sich der Verstorbene oder seine Angehörigen nicht ausdrücklich dagegen ausgesprochen haben. Be-

gleiten müsste diese Massnahme ein Zentralregister, das die Spendewilligkeit bzw. -unwilligkeit aller Krankenversicherten im Land erfasste, oder der Eintrag der individuellen Spendeentscheidung in einem offiziellen Ausweis (z.B. Identitätskarte).

Gesetz – weder Anreize noch Lösungsansätze

Wie die Medien berichteten, sieht der Gesetzesentwurf für die Lebendspende immerhin vor, die restriktiven Bestimmungen zu lockern und die Transplantation auch ohne verwandtschaftliche oder enge emotionale Beziehung zwischen spendender und empfangender Person zuzulassen. Doch bleiben die von etlichen Experten geforderten Anreize zur Förderung der Leichenspende aus – zum Schaden der häufig jahrelang auf ein Organ wartenden Patienten.

Einen fairen Anreiz böte das sogenannte Vorsorgeprinzip: Wer sich bereit erklärt, beim Tod Organe zu spenden, soll bevorzugt behandelt werden, falls er später selbst in die Lage kommt, auf ein neues Organ angewiesen zu sein. Dass unter dem Vorwand, jegliche Diskriminierung zu unterbinden, auch in Zukunft einzig die Dringlichkeit der Transplantation, die optimale körperliche Verträglichkeit sowie die Wartezeit als Kriterien für die Transplantatzuteilung in Frage kommen, ist nicht einzusehen und höchst bedauerlich. Damit wird die Chance verpasst, die Spendewilligkeit und die Solidarität mit den weit über tausend Organkranken im Land angemessen zu honorieren und effizient zu fördern!

Wie denken Sie über den Versorgungsnotstand in der Organtransplantation und dessen Bekämpfung?

reneo

Unterstützen Sie uns! Schreiben Sie an: Reneo Verein zur Förderung der Nierenspende, Postfach 263, 4010 Basel, info@reneo.ch, www.reneo.ch.

Basler helfen serbischem Spital



Prof. Dr. med. A. Nidecker, Dr. med. Hans-Ruedi Banderet-Richner, Basler Förderverein für medizinische Zusammenarbeit

Der «Basler Förderverein für medizinische Zusammenarbeit» steht seit Anfang 2003 in enger Partnerschaft mit dem Gesundheitszentrum Prijepolje in Serbien und geht damit eine attraktive Herausforderung ein.

Prijepolje

Unser Partnerspital liegt sechs Eisenbahnstunden südlich von Belgrad in einer reizvollen Gegend an der serbisch-mazedonischen Grenze. Viele Industriebetriebe sind dort stillgelegt, die Arbeitslosigkeit beträgt 40%. Nur dank eigenem Gemüsegarten oder Kleinstlandwirtschaft können die Menschen hier überleben. Die Bevölkerung besteht je zur Hälfte aus Muslimen und Christen. Das Zusammenleben ist meist friedlich, auch während der vergangenen Krisen- und Kriegsjahre. Diese Begebenheit fördert natürlich unser Interesse und Engagement.

Gesundheitszentrum

Das Spital mit 160 Betten, die grosse Ambulanz sowie die neun Aussenstatio-

nen beschäftigen 340 Angestellte, davon 65 Ärztinnen und Ärzte. Diese Gesundheitseinrichtung ist ein Spiegelbild der Verhältnisse von Prijepolje: grosser materieller Mangel an Verbrauchsmaterial und hoffnungslos veraltetes Inventar. Das Krankenhaussteam ist freundlich und interessiert, und auch hier arbeiten die verschiedenen ethnischen Gruppen unter einem Dach. Unsere ärztlichen Partner haben ein gutes medizinisches Wissen. Dies motiviert uns Basler Fachkräfte besonders.

Engagement aus Basel

Nomen est omen: Der «Basler Förderverein für medizinische Zusammenarbeit» ist bestrebt, seinen serbischen Partnern medizinisches Wissen und Können weiterzugeben. Ein viertägiges Seminar im September 2003 machte den Anfang, ein weiteres wird im September 2004 folgen. Mit von der Partie im Herbst 2003 waren die Pflegefachfrauen Claudia Probst und Adelheid Neubert, die Neurologin Heidi Wolf Pagani, die Internisten Tommi Renz und Hans-Ruedi Banderet, der Radiologe Andreas Nidecker, der ORL-Spezialist Mihael Podvinec, der Frauenarzt Nenad Pavic, der Kinderarzt Georg Bienz sowie der Journalist Jürg Meyer von der «BaZ». Natürlich beschaffen wir auch die benötigten Geräte und helfen als erstes, die gut geführte, aber bezüglich Infrastruktur besonders trostlose Psychiatrieabteilung zu renovieren. Entsprechend unserer guten Erfahrungen in Lettland laden wir besonders motivierte Kollegin-

nen und Kollegen nach Basel ein. Sicher beherrschen diese ihr medizinisches Handwerk unter schwierigsten Verhältnissen, doch möchten wir ihnen zeigen, auf welche Weise wir individuelle pflegerische oder medizinische Probleme angehen und welche Prioritäten wir setzen. Wir hoffen, dass die Gäste das Erlebte zu Hause umsetzen können.

Ursula Zenger am 1. Dezember 2003 im Restaurant Löwenzorn

Am 1. Dezember 2003 um 19 Uhr hält unser Verein im Restaurant Löwenzorn seine Generalversammlung ab. An diesem Anlass wird Frau Ursula Zenger, langjährige Balkan-Korrespondentin, zusätzliche Hintergrundinformationen vermitteln. Wir hoffen auf einen interessanten Gedankenaustausch und laden alle herzlich dazu ein.

Lust zur Mitarbeit

In diesem Projekt stecken eine grosse Herausforderung und viel Hoffnung: Wir brauchen weitere Mitarbeitende, wobei serbischsprechende natürlich besonders willkommen sind. Die bisherigen Serbien-Reisenden unseres Vereins sind sich sicher, dass alle zukünftig Mitgestaltenden ebenfalls eine grosse Befriedigung finden werden! Wie immer ist jede finanzielle Unterstützung hilfreich und wird direkt unseren Partnern und ihren Patienten zugute kommen: Credit Suisse Basel-Spalenberg (PC-Konto 30-3200-1) zugunsten von Konto 384295-10.



Aus dem Arbeitsalltag der Medizinischen Praxisassistentin (MPA)

Priska Meier und Sabine Höchle

Was ist eine Medizinische Praxisassistentin (MPA)? Dazu gibt es viele verschiedene Meinungen! Die Spannweite der Vorstellungen geht von Fingernägel lackierenden Telefonistinnen bis zu Beinahe-Ärztinnen. Dabei ist keines von beiden zutreffend! Die Aufgabe einer MPA kann im grossen und ganzen so umschrieben werden: Sie soll die Arbeit der Ärztin oder des Arztes so gut wie möglich erleichtern und sozusagen eine unsichtbare Fee darstellen.

Wie ist das zu verstehen? Dazu gehören grössere Arbeiten wie Tages- und Wochenterminplanungen, Blutentnahmen, Röntgenaufnahmen usw. Aber auch kleinere Aufträge wie Telefonate in Spitälern und andere Praxen müssen durchgeführt werden. Die Utensilien und Medikamente, die der Arzt benötigt, um seine Patienten zu behandeln, müssen stets ordentlich verräumt und griffbereit sein, so dass eine Behandlung ohne Unterbruch und ohne Auffordern der MPA, dies oder jenes aufzufüllen, möglich ist. Doch der Aufgabenbereich einer Arztgehilfin beinhaltet noch vieles mehr!

Der Arbeitstag beginnt meistens mit unzähligen Telefonanrufen und verläuft weiter mit Labor- und allgemeinen Arbeiten am Patienten. Der Nachmittag füllt sich dann aus mit Administration wie z.B. Rechnungen und Berichte schreiben. Leider ist nicht jeder Tag so planbar, und ein Not- oder Zwischenfall bringt nicht nur den Ablauf des Arztes durch-

einander, sondern wirft auch unsere Tagesplanung aus der Bahn. Dies führt zu zusätzlichen Arbeiten, Verspätungen und damit zu verstimmtten Patienten im Wartezimmer. Wie wenn es nicht schon genug wäre, dass der Arzt und seine MPA in Stress geraten, ist es dann auch noch unsere Aufgabe, die Gemüter der genervten Wartenden zu besänftigen. Der Kontakt mit dem Patienten ist sowieso ein wichtiger Teil unserer Arbeit. Da wir die erste und letzte Person sind, die die Kundenschaft in der Praxis sieht, werden wir oftmals als Prellbock für deren Kummer benützt, seien dies (meist unerträglich!) Schmerzen, zu hohe Rechnungen, Unverständnis während der Konsultation oder zu Ende gehende Vorräte an rezeptpflichtigen Medikamenten, die wir nicht einfach so abgeben dürfen.

Oft haben wir das Gefühl, dass ein Psychologiestudium bei unserer Arbeit von grossem Nutzen sein könnte! Häufig erzählen uns die Patienten Sachen, die der Arzt ohne unsere Mithilfe nie erfahren würde. Dies sind z.B. Eheprobleme, Schwierigkeiten mit den Kindern, Geldnöte oder andere begleitende Krankheiten. Solche Informationen können für den Arzt oft nützlich sein. Meistens stören uns diese Gespräche nicht, manchmal jedoch ist der Zeitpunkt ungünstig. Dies ist abhängig von der übrigen Arbeit, unserer Laune (auch wir können manchmal gereizt sein!) und je nachdem auch davon, welche Patienten es betrifft. Die Beziehungen zwischen MPA und Kranken sind denn auch sehr unterschiedlich. Gewisse Patienten sind

sehr liebenswürdig, andere wiederum rauben uns, wie auch dem Arzt, den letzten Nerv. Durch die Arbeit baut man zu einzelnen Patienten eine nähere Beziehung auf. Sie stecken grosses Vertrauen in uns und zeigen uns das durch Lob (zum Teil auch beim Arzt) und kleine Aufmerksamkeiten wie Blumen, manchmal auch ein Znüni oder ein Zvieri.

Wie die Beziehung zu den Patientinnen und Patienten unterschiedlich sein kann, ist es auch das Verhältnis zwischen der MPA und ihrer Chefin oder ihrem Chef. Es gibt Ärzte, die ihre Gehilfin als «Mädchen für alles» ansehen, in anderen Augen sind wir eine wahre Perle. Aber nicht immer wird unsere Arbeit so geschätzt, sie wird einfach als selbstverständlich angesehen. Wenn dies der Fall ist, kann dies die Arbeitslust vermindern. Jeder hört gerne einmal ein Lob! In unseren Augen gibt es für jede MPA den «passenden» Arzt. Dies führt zu einem guten Arbeitsverhältnis, was sich wiederum positiv auf das Klima in der Praxis und das Wohlbefinden der Patienten auswirkt.

Wenn wir nun auf unsere Jahre als Medizinische Praxisassistentinnen zurückblicken, haben wir es noch nie bereut, diesen Beruf erlernt zu haben. Er ist sehr vielseitig und abwechslungsreich. Wir hoffen, dass es diesen Beruf in den nächsten Jahren weiterhin noch geben wird; denn eine gute Fee braucht es schliesslich in jeder Praxis ...

Leserbriefe

Die Redaktion der Synapse interessiert sich sehr für den Dialog mit der Leserschaft. Deshalb stellen wir unsere Zeilen gerne für Leserbriefe zur Verfügung. Zögern Sie nicht, setzen Sie sich an PC oder Schreibmaschine, kommentieren Sie unsere Artikel und senden Sie Ihren Text an die im Impressum angegebene Redaktionsadresse!

Warum brauchen wir ein Trust-Center?

*Dr. med. Felix Eymann,
Präsident der Medizinischen Gesellschaft
Basel*

Der eben ausgehandelte Taxpunktwert hat nicht die Festigkeit einer steinernen Gesetzestafel. In der Startphase von TARMED gilt es deshalb, die Kostenneutralität strikte einzuhalten. Mit einem ärzteigenen Trust-Center sind wir in der Lage, für die Datenparität der Ärzteschaft zu sorgen und den elektronischen Datenaustausch mit den Kostenträgern nach geltenden Datenschutzbestimmungen zu übernehmen. Mit einem eigenen Trust-Center stärken wir unsere Position und halten die Datenhoheit in unserer Hand. Die Aufgabe des Trust-Centers ist es, neben der elektronischen Datenübermittlung die Rechnungsdaten zu anonymisieren und für umfassende Statistiken auf kantonaler und nationaler Ebene aufzubereiten. Das Trust-Center ist in der Lage, einen individuellen Praxispiegel zu erstellen, der jeder Praxis ein Benchmarking mit den Fachgruppenkolleginnen und -kollegen sowohl auf kantonaler als auch auf nationaler Ebene erlaubt. Stets entscheidet aber der Arzt oder die Ärztin, was mit den Daten zu geschehen hat. Diese anonymisierten Daten werden es uns dann erlauben, in der wichtigen Startphase von TARMED die Kostenneutralität zu überwachen und damit drohende Sanktionen auf den Taxpunktwert rechtzeitig zu erkennen. Unser Trust-Center, die Syndata, hat einen eigenständigen Marktauftritt mit eigenen Büroräumlichkeiten, Infrastruktur und Logistik. Das Informationssystem ermöglicht enge Kooperation mit New Index, BlueCare und der Ärztekasse. Die Syndata ist eine Aktiengesellschaft mit einem limitierten Kreis von Aktionärinnen und Aktionären. Dazu gehören Ärztinnen und Ärzte beider Basel, die beiden Kantonalgesell-

schaften, Ärztegruppierungen und Ärztevereine sowie auch ausserkantonale Ärztinnen und Ärzte, deren Verbände sowie weitere Partner. Sie wurde am 14. Januar dieses Jahres gegründet. Aktuell sind 204 Aktionärinnen und Aktionäre daran beteiligt. Das gemeldete Aktienkapital beträgt CHF 336 000. Das Trust-Center arbeitet primär nicht gewinnorientiert, möchte aber mit der Zeit durch den Verkauf der aufbereiteten Daten an die Versicherer selbsttragend werden. Verschiedene Versicherer haben bis heute ihr Interesse an diesen Daten, die zu Einsparungen auf Seiten der Kasse führen, bekundet.

Was braucht es nun von Seiten der Arztpraxen, um für die elektronische Datenübermittlung gerüstet zu sein? Zunächst braucht es einen Praxiscomputer. Eine EDV-Umfrage hat ergeben, dass über 90% der Ärztinnen und Ärzte über einen Praxiscomputer verfügen. Notabene: Es braucht keine Luxuslösungen bezüglich übertriebener Hard- oder Software. Vergleiche von Offerten verschiedener Anbieter machen sich bezahlt. Dabei muss auch ein Wartungsabonnement geprüft werden. Auch Alternativen sind möglich, wie zum Beispiel Inkasso durch eine Abrechnungsstelle. Für die Kommunikation mit Syndata braucht es eine Anpassung der Praxisausrüstung. Ein Softwaremodul für die Datenextraktion wird als Zusatz zur bestehenden Praxissoftware von fast allen Anbietern eingerichtet. Auch hier gilt es, die Preise zu vergleichen. Mit dem HIN-Abo ist die verschlüsselte Übermittlung schliesslich sichergestellt. Besonders wichtig ist bei dieser Art von Kommunikation der Datenschutz. Die strengen Auflagen des Datenschutzgesetzes können eingehalten werden. Die Patientendaten werden in den Praxen anonymisiert, und nur der behandelnde

Arzt oder die behandelnde Ärztin kennt die Person. Die Daten der Leistungserbringerinnen und -bringer werden im Trust-Center anonymisiert, wobei nur das Trust-Center den Rechnungssteller oder die Rechnungsstellerin kennt. Was bringt das nun dem Praktiker oder der Praktikerin? Zunächst kann ein Praxispiegel über die eigene Tarifierung Auskunft geben. Mit Detailangaben, wie zum Beispiel TARMED-Minuten pro Tag, durchschnittliche Konzentrationsdauer, Anzahl Konsultationen pro Tag, Umsatz pro Tag oder Stunde, häufigste Positionen, und dabei dem Vergleich zur kantonalen und nationalen Referenzwerten kann die Praxisfeinplanung betrieben werden. Diese eigenen Kostendaten und Praxiszahlen stellen auch eine Absicherung gegenüber dem Krankenversicherer dar. Die Erfüllung der elektronischen Datenlieferung, welche Pflicht wird, ist damit sichergestellt und für die Abgeltung des Aufwandes kein Hindernis mehr vorhanden. Die eigene Anlaufstelle für Statistiken und Auswertungen führt zum Vertrauen bezüglich der Interessenwahrung. Bei Schwierigkeiten mit der Abrechnung kann das Trust-Center die Praxen, wo das erwünscht ist, auch entlasten.

Wir brauchen ein Trust-Center, weil

- **wir die Datenparität wollen**
- **der TARMED-Taxpunktwert sonst nur aufgrund kasseneigener Daten angepasst wird**
- **wir unsere Position stärken wollen: national, als Kantonsgesellschaft, als Verband, als Fachgruppe, als einzelner**
- **das elektronische Abrechnen unter TARMED zur Pflicht wird (Datum x + 2 Jahre)**
- **wir auf eigene Daten angewiesen sind, die ärzteigen, elektronisch automatisiert und sicher gesammelt werden können.**

Aus dem Vorstand BL

Kantonaler Tarifvertrag (KTV) Tarmed

Die Verhandlungsdelegation der Ärztesgesellschaft Baselland unter Leitung von Dr. med. Roland Schwarz steht in regelmässigem Kontakt mit der Vertretung der Santésuisse Basel (Verhandlungsleiter Thomas von Allmen). Die Verhandlungen waren bei Redaktionsschluss noch nicht abgeschlossen. Das Verhandlungsergebnis, d.h. der formulierte Vertrag, wird der Generalversammlung der Ärztesgesellschaft Baselland und dem Verwaltungsrat der Santésuisse zur Genehmigung vorgelegt werden. Anschliessend hat der basellandschaftliche Regierungsrat nach Anhörung des Preisüberwachers darüber Beschluss zu fassen. Geplanter Einführungstermin ist am 1. Januar 2004.

Ausnahmegesuche zum Zulassungsstopp

Gemäss Verordnung des Regierungsrats Baselland zum Zulassungsstopp wird die Ärztesgesellschaft Baselland vor einer Entscheidung der Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion um eine Stellungnahme gebeten, wenn eine Bewerberin oder ein Bewerber eine Unterversorgung im entsprechenden Fachgebiet geltend macht. Diese Stellungnahme wird grundsätzlich immer vom Gesamtvorstand beschlossen, wobei vorgängig die Meinung der betroffenen Fachgruppen eingeholt wird. Dieses Verfahren benötigt naturgemäss eine gewisse Zeit.

KVG-Revision II, FMH beschliesst Referendum

Ausschuss und Vorstand haben sich im Laufe der letzten Monate mehrmals mit der laufenden KVG-Revision II auseinandergesetzt und die Vor- und Nachteile ausführlich besprochen. Da die Revision nicht nur Kritik seitens der FMH (Referendumsdrohung) ausgesetzt war, sondern auch seitens der Kantone und der Pflegeberufe unter Beschuss geriet, ist sie mehrmals neu beraten und schliesslich – vermutlich aus wahltaktischen Gründen – auf die Wintersession verschoben worden. Weil noch keine definitive Version vorliegt, hat der Vorstand der Ärztesgesellschaft Baselland bisher auf eine formelle Stellungnahme verzichtet. Die Ärztekammer vom 11.10.2003 hat nun mit praktischer Einstimmigkeit das Referendum beschlossen, weil nach der aktuellen politischen Einschätzung diejenigen Punkte, welche uns besonders betreffen (Art. 35: Aufhebung des Vertragszwangs, Netzwerke mit Budgetverantwortung), auch in den nachfolgenden Beratungen nicht mehr geändert werden.

LEIMAPHARM

die clevere Alternative

Ihr regionaler Ärztelieferant

Tel.: 061 723 14 00 • Fax: 061 723 15 00

leimapharm@datacomm.ch

Disease Management oder Patient Management?

Dr. med. Pierre Périat, Riehen

In der SYNAPSE 5 vom August 2003 besprechen Dres. Bandle, Barone und Meyer einige Grundlagen zum «Disease Management» (DM), speziell stellen sie aber ihr «MigWIN», ein DM-Projekt der Schweizerischen Kopfwehgesellschaft, vor. Ich finde den Titel «Disease Management und der Hausarzt» nicht passend, oder ich verstehe diesen nicht. Im Artikel geht es darum, in der SYNAPSE für das MigWIN zu werben. MigWIN ist ein DM-Projekt, dagegen ist nichts einzuwenden, aber was hat der Hausarzt mit dem Artikel zu tun?

DM wird von den Hausärzten nach Möglichkeit praktiziert, kann aber oft nicht so durchgeführt werden, wie sich das die Spezialistin und die anderen Interessenvertreter vorstellen. In der hausärztlichen Denkweise ist DM immer dem «Patient Management» mit der Dringlichkeits-hierarchie der Krankheiten des individuellen Patienten mit ihren unterschiedlichen Bedrohungsgraden unterstellt. Im Interesse des Patienten sind Hausärzte oft inkonsequent in der Behandlung eines einzelnen Spezial-Diseases, weil wir andere,

aus Patienten- oder Arztsicht momentan wichtigere oder bedrohlichere Krankheiten und Symptome vorrangig abhandeln müssen. Die Inkonsequenz erfolgt in solchen Fällen *zugunsten des Patienten* und nicht aus Unkenntnis. Ich erinnere mich an einen Gesundheitsökonom, der ein DM-Projekt Depression/Suizidalität als leuchtendes Beispiel für den Sinn der DM-Denkweise vorstellte. Tatsächlich gelang es in den zwei Jahren, während deren die Hausärzte bei jeder Konsultation ihre Aufmerksamkeit innerhalb des normalen Konsultationsablaufs zusätzlich auch noch auf die Möglichkeit des Bestehens einer Depression/Suizidalität fokussierten, die Zahl der Suizide um 5% zu senken. Ich frage mich aber, wie viele Patienten während dieser zwei Jahre durch Tod infolge anderer Krankheiten verloren gingen, die statt des Fokussierens auf Depression und Suizidalität rechtzeitig hätten erfasst und therapiert werden können.

DM wird – auch von Hausärzten – als Grundlage benutzt, um die Behandlung einer bestimmten Krankheit, im beschriebenen Beispiel das Kopfweh, zu optimie-

ren. Es ist jedoch eine Illusion zu glauben, dass, wenn die Hausärzte nur endlich konsequent DM anwenden würden, sich damit das Schicksal aller Kopfwehpatienten verbessere. Wahrscheinlich würden einige (meines Erachtens wenige) davon profitieren, der dafür nötige Aufwand muss jedoch in einer Relation zu den nötigen Ressourcen stehen, die dafür einem anderen, möglicherweise wichtigeren oder bedrohlicheren «Disease» abgehen (wir leben ja nicht mehr in einem nach oben offenen Ressourcensystem). Keinesfalls darf DM nur zur Fokussierung der Aufmerksamkeit des Arztes auf ein Thema aus Marketinggründen eingesetzt werden.

«Patient Management» will Leben und Lebensqualität des einzelnen Patienten mit seinem individuellen Schicksal und seinen Möglichkeiten möglichst lange erhalten. Beim «Disease Management» ist der Disease im Vordergrund. Es werden Erkenntnisse aus Studien angewendet, aus denen die Individualität des einzelnen Studienteilnehmers möglichst ausgeklammert wurde. Für mich widersprechen sich die beiden Betrachtungsweisen nicht. Es ist nur eine Frage der Priorität.

Impressum

Anschrift der Redaktion

Redaktion Synapse
Dr. med. Franz Rohrer, Schützenstrasse 2
4415 Lausen, frohrer@hin.ch

Mitglieder der Redaktion

Dr. med. Franz Rohrer (fr, Chefredaktor),
Facharzt für Innere Medizin FMH

Dr. med. Tobias Eichenberger (te),
Facharzt für Urologie FMH

Dr. med. Ch. Itin (ci), Facharzt für Allgemeine
Medizin FMH, Redaktor Fortbildungskalender

Dr. med. Benjamin Pia (bp), Facharzt für
Psychiatrie und Psychotherapie FMH

Frau Dr. med. Alexandra Prünke (ap),
Fachärztin für Ophthalmologie FMH

Dr. med. Lukas Wagner (lw),
Facharzt für Allgemeine Medizin FMH

Verlag

EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Basel

Layout, Satz und Druck

Schwabe & Co. AG, Basel/Muttenz

Erscheinungsweise

erscheint acht Mal jährlich

Abonnementskosten

Jahresabonnement CHF 50.–

Inseratenregie

pharma media promotion
K. Hess
Lättichstrasse 6, 6342 Baar 2
Tel. 041 760 23 23

Einträge von Veranstaltungen im Fortbildungskalender:

Veranstaltungen bitte mit Angabe von
Datum, Zeit, Ort, Referenten, Thema und
Veranstalter frühzeitig bei Dr. med. Ch. Itin
(E-Mail: Christoph.Itin@hin.ch) anmelden.
Redaktionsschluss der nächsten Ausgabe:
20.11.2003



Sekretariat der Ärztesgesellschaft Baselland

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



Sekretariat Medizinische Gesellschaft Basel

Frau Dr. Jennifer Langloh-Wetterwald
Picassoplatz 4, 4052 Basel
Tel. 061 278 93 80, Fax 061 278 93 96
E-Mail: medges@nonprocons.ch