

Inhaltsverzeichnis

| Quelle | Titel | Datum |
|-----------------------|--|--------------|
| 1 Berner Zeitung | Gesundheitswesen - eine Diagnose | 17.06.2008 |
| 2 Der Bund | Internetportale wollen mehr Transparenz im Gesundheitswesen - Spitäler und Ärzte bleiben skeptisch | 17.06.2008 |
| 3 Aargauer Zeitung | Couchepin macht Druck auf Ärzte | 17.06.2008 |
| 4 Berner Zeitung | Gesundheitsrecht: Der Arzt schuldet keinen Heilerfolg | 17.06.2008 |
| 5 Der Bund | Viele machen sich Gedanken über das Sterben in technisierter Medizin | 17.06.2008 |
| 6 Aargauer Zeitung | Bärenprotein für neue Muckis | 17.06.2008 |
| 7 St. Galler Tagblatt | Walter Siegenthaler: Ein Arzt ohne Röhrenblick - Porträt | 17.06.2008 |

Gesundheitswesen - eine Diagnose

Das Gesundheitswesen in der Schweiz ist eine ewige Baustelle - und eine teure dazu. 52,7 Milliarden Franken hat uns das Gesundheitswesen im Jahr 2005 gekostet, das waren

7025 Franken pro Einwohner. Nach dem Nein des Volkes zu einem neuen Gesundheitsartikel in der Verfassung haben National- und Ständerat in der eben beendeten Session wieder neue Entscheide gefasst. Selbst aufmerksame Beobachter haben Mühe, bei all den neu gelegten Bausteinen die Übersicht zu bewahren. Sieben grössere Reformvorhaben stehen im Gesundheitswesen an. In welcher Phase stehen die einzelnen Projekte? Ein Überblick.

Ärztestopp

Am 3. Juli 2002 hat der Bundesrat die Zulassungen von Arztpraxen gestoppt. Anlass war das Freizügigkeitsabkommen mit der EU. Dieses hätte den in der Schweiz tätigen Ärzten sofort ermöglicht, eine Praxis zu eröffnen und ihre Leistungen den Krankenkassen zu berechnen. Der Bundesrat ordnete den Ärztestopp aus Angst vor einer Kostenexplosion im Gesundheitswesen an, überliess den Kantonen aber einen gewissen Spielraum und betonte, es handle sich um eine zeitlich befristete Notbremse, die längstens bis Juli 2005 daure. 2004 hat das Parlament den Ärztestopp aber bis zum 3. Juli 2008 verlängert und sucht seither nach einer Nachfolgelösung.

Stand der Debatte

Eine Nachfolgelösung ist noch immer nicht gefunden (siehe Vertragsfreiheit). Der Ständerat wollte deshalb in dieser Session den Ärztestopp bis 2010 verlängern. Der Nationalrat weigerte sich zuerst, dieser Verlängerung zuzustimmen, er wollte Druck machen, eine Nachfolgelösung zu suchen. Nun haben sich die beiden Räte auf einen Kompromiss geeinigt: Der Zulassungsstopp für neue Arztpraxen wird bis Ende 2009 verlängert.

Knackpunkte

Wenn alle ausgebildeten Ärzte aus der Schweiz und der EU ihren Beruf ab 2010 in einer Arztpraxis frei ausüben können, wird dies zu einem grösseren Leistungsangebot und damit zu einer Zunahme der Kosten zu Lasten der Grundversicherung um einige 100 Millionen Franken führen. Die ständerätliche Gesundheitskommission muss deshalb eine Anschlussregelung vorantreiben. Eine Nachfolgeregelung müsste gemäss Präsident der Kommission in die Vernehmlassung gegeben werden. Die Zeit drängt.

Ausblick

Die ständerätliche Gesundheitskommission führt Ende Juni Hearings zu drei möglichen Nachfolgeregelungen durch und möchte die Vorlage in der Herbstsession ins Parlament bringen.

Vertragsfreiheit

Die Krankenversicherer sind derzeit gezwungen, mit allen gesetzlich zugelassenen Ärzten einen Tarifvertrag abzuschliessen und folglich die von diesen erbrachten Leistungen zu übernehmen (Kontrahierungszwang). Seit langem versucht das Parlament, diese unbefriedigende Situation zu ändern.

Stand der Debatte

Bis jetzt stehen folgende Alternativen zum Vertragszwang zur Diskussion:

> Differenzierter Vertragszwang: Die Kassen sollen weiterhin mit allen Hausärzten zusammenarbeiten müssen, unter den Spezialisten aber frei wählen können. Bei diesem Modell stellt sich die Abgrenzungsfrage: Wann ist ein Arzt ein Hausarzt und wann ist er ein Spezialist?

> Die Krankenkasse Helsana schlägt vor, die Versicherten zwischen zwei Grundversicherungen wählen zu lassen: Bei der einen wäre der Vertragszwang weiterhin gültig. Bei der anderen wäre er aufgehoben und die Wahl von Arzt und Spital folglich eingeschränkt. Für diese Versicherten wären dafür Franchise und Selbstbehalt tiefer.

> Die kantonalen Gesundheitsdirektoren regen eine bedarfsabhängige Zulassungsbeschränkung von Arztpraxen an. Hier könnten die Kantone die Zulassung von Spezialärzten ablehnen.

Knackpunkte

Obwohl das Parlament schon lange nach einer Lösung sucht, sind bisher alle Vorschläge am Widerstand einer Gruppierung im Gesundheitswesen gescheitert. Nun drängt die Zeit: Ende 2009 soll der Zulassungsstopp für neue Arztpraxen aufgehoben werden, ab dann ist mit einem Zustrom von neuen Praxisärzten zu rechnen. Zu diesem Zeitpunkt muss also eine Lösung auf dem Tisch liegen.

Ausblick

Die Gesundheitskommission des Ständerates will Ende Juni Hearings durchführen und dann unter den drei Modellen einen Systemscheid treffen. Ziel ist es, die Vorlage im Herbst dem Parlament zu unterbreiten.

Medikamentenpreise

Der Bundesrat schlägt Massnahmen zur Kosteneindämmung der Medikamentenpreise vor. Ein Instrument dazu liefert die Liste der kassenpflichtigen Medikamente, die sogenannte Spezialitätenliste. Heute liegt es im Ermessen des Bundesrates, ein Medikament als kassenpflichtig zu erklären. Die 2500 Medikamente müssen von der obligatorischen Grundversicherung vergütet werden. Sie haben faktisch eine Preis- und Abnahmegarantie. Dabei werden kassenpflichtige Medikamente kaum je von der Liste gestrichen.

Stand der Debatte

Stände- und Nationalrat einigten sich darauf, die Preise kassenpflichtiger Medikamente künftig alle drei Jahre überprüfen und mit dem Ausland vergleichen zu lassen. Wird die Anwendung eines Medikamentes ausgeweitet, so muss der Preis erneut überprüft werden, weil automatisch die Zahl der potenziellen Abnehmer steigt. Neu müssen Medikamente von der Spezialitätenliste gestrichen werden, wenn sie die Bedingungen der Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit nicht mehr erfüllen. Die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit erfolgt auf Grund des Vergleichs mit anderen Arzneimitteln sowie der Preisgestaltung in wirtschaftlich vergleichbaren Ländern.

Knackpunkte:

Umstritten ist die Frage, wie die Wirtschaftlichkeit eines Medikaments und damit dessen Preis festgelegt werden soll. Der Nationalrat will, dass auch die Forschungs- und Entwicklungskosten berücksichtigt werden, was natürlich der Pharmabranche gelegen kommt. Der Ständerat will indessen den Bundesrat beauftragen, für eine «preisgünstige Arzneimittelversorgung» zu sorgen, ohne den Begriff «preisgünstig» bereits auf Gesetzesstufe näher zu definieren.

Ausblick:

Über diesen einen Knackpunkt konnten sich National- und Ständerat noch nicht einigen. Das Geschäft geht im Herbst ein drittes Mal in den Ständerat.

Spitalfinanzierung

Spitalbehandlungen werden heute unterschiedlich finanziert, je nachdem, ob sie in öffentlichen oder privaten Spitälern, ambulant oder stationär durchgeführt werden. Das hat zur Folge, dass Behandlungen nicht immer dort durchgeführt werden, wo sie am kostengünstigsten sind. Weil die Spitäler derzeit noch unterschiedliche Tarifsysteme anwenden, sind Vergleiche schwierig.

Zudem: Wer sich heute in einem Krankenhaus ausserhalb seines Wohnkantons behandeln lassen will, muss dazu eine Zusatzversicherung abschliessen. All diese Punkte wollte man bereinigen.

Stand der Debatte

Die Debatte ist im Parlament abgeschlossen. Die neue Spitalfinanzierung tritt ab 1. Januar 2009 in Kraft, es gilt teilweise eine Übergangsfrist bis 2012. Ab dann sind alle Spitäler, die auf einer kantonalen Spitalliste aufgeführt sind, gleichgestellt, ob sie nun privat oder öffentlich sind. Die öffentlichen Spitäler erhalten somit von den Kantonen auch keine Defizitgarantie mehr. Für die stationäre Behandlung wird ein schweizweit geltendes, auf der Diagnose (Fallpauschale) basierendes Tarifsystem eingeführt, die Spitäler werden ihre Rechnungen danach ausrichten. Dadurch sollen die Kosten der verschiedenen Spitäler transparent werden. Die Kantone zahlen 55 Prozent der stationären Kosten, die Krankenversicherer 45 Prozent. Grundversicherte können künftig landesweit frei unter all jenen Spitälern wählen, die auf einer kantonalen Spitalliste aufgeführt sind. Sie müssen jedoch die Mehrkosten übernehmen - oder eine Zusatzversicherung abschliessen -, wenn ein ausserkantonales Spital höhere Rechnungen ausstellt als die Spitäler in ihrem Wohnkanton.

Knackpunkte

Stationäre und ambulante Leistungen werden weiterhin ungleich finanziert: Die ambulanten Leistungen werden von den Krankenkassen bezahlt, an den stationären beteiligen sich die Kantone. Die Stimmbürger haben am 1. Juni mit dem Nein zum neuen Gesundheitsartikel in der Verfassung abgelehnt, eine einheitliche Finanzierung (zum Beispiel den Monismus) einzuführen.

Ausblick

Das Parlament hat den Bundesrat beauftragt, bis Ende 2010 eine Vorlage für die einheitliche Finanzierung aller Spitalleistungen auszuarbeiten.

Pflegefinanzierung

Gemäss geltendem Recht zahlt die Krankenkasse die Pflegemassnahmen, die ambulant, bei Hausbesuchen, stationär, teilstationär oder in einem Pflegeheim durchgeführt werden. Die Höhe der Leistungen basiert auf Rahmentarifen, die der Bundesrat 1998 in einer Verordnung festlegte. Die Rahmentarife sind als zeitlich befristete Massnahmen eingeführt worden. Sie bilden daher keine langfristige Lösung. Sie sind durch eine Neugestaltung der Pflegefinanzierung zu ersetzen.

Stand der Debatte

Grundsätzlich soll nur die krankheitsbedingte Pflege durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung gedeckt sein. Da aber eine klare Trennung von alters- und krankheitsbedingter Pflege kaum möglich ist, soll die Krankenversicherung für die Leistungen der Grundpflege nur einen Teil übernehmen, dafür die Behandlungspflege voll bezahlen. Das heisst, dass der Versicherte nicht nur die Kosten für die Unterkunft, sondern auch einen Teil der medizinischen Kosten selber zu berappen hat. Das Kostendach beträgt 20 Prozent der gesamten krankheitsbedingten Pflegekosten, maximal 7100 Franken pro Jahr. Für Wohneigentümer wird zudem der Anspruch bei den Ergänzungsleistungen erhöht.

Knackpunkte

Ein strittiger Punkt war die Finanzierung der Übergangspflege. Mit der Einführung von Fallpauschalen (siehe Spitalfinanzierung) ist davon auszugehen, dass die Spitäler die Patienten lieber zu früh als zu spät entlassen. Also zu einem Zeitpunkt, in welchem sie noch auf Pflege angewiesen sind. Wer soll die Übergangspflege bezahlen? Nach langem Hin und Her werden nun die Kantone 55 Prozent und die Krankenkassen 45 Prozent der Kosten übernehmen.

Ausblick:

Die neuen Gesetzesbestimmungen treten voraussichtlich 2011 in Kraft.

Komplementärmedizin

Eine Volksinitiative verlangt, dass die Komplementärmedizin im Gesundheitssystem «umfassend berücksichtigt» wird. Sie ist die Reaktion auf den Entscheid des Bundesrates, fünf einst provisorisch in die Grundversicherung aufgenommene Therapien der Komplementärmedizin wieder zu streichen: die anthroposophische Medizin, die Homöopathie, die Pflanzenheilkunde, die Neuraltherapie und die traditionelle chinesische Medizin.

Stand der Debatte

Bundes-, National- und Ständerat lehnen die Initiative ab. Der Ständerat hat aber einen Gegenvorschlag gemacht: Dieser entspricht jenem der Initianten, streicht aber das Wort «umfassend». Der Nationalrat hat zu diesem Gegenvorschlag noch nicht Stellung genommen. Die Kommission des Nationalrates macht nun einen indirekten Gegenvorschlag. Darin wird gefordert, dass die Wirtschaftlichkeit der komplementären Verfahren nachgewiesen werden muss und dass für diesen Nachweis Kriterien festgelegt werden.

Knackpunkte

Der Bundesrat rechnet mit einer Kostenfolge von rund 80 Millionen Franken, falls die Initiative angenommen würde und die fünf komplementärmedizinischen Heilmethoden in die obligatorische Krankenpflegeversicherung aufgenommen würden. Zudem erfüllten nach dem heutigen Stand der Forschung die fünf Methoden die nötigen Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW) nicht, argumentiert die Regierung. Die WZW-Kriterien müssten relativiert und angepasst werden, wenn komplementärmedizinische Leistungen ohne genügenden Nachweis in die obligatorische Versicherung aufgenommen würden.

Ausblick

Die Gesundheitskommission des Ständerates wird den indirekten Gegenvorschlag ihrer nationalrätlichen Schwesterkommission Ende Juni beraten. Inzwischen ist die Frist zur Behandlung der Volksinitiative um ein Jahr bis zum 14. März 2009 verlängert worden.

Managed Care

Studien belegen, dass die medizinische Versorgung von der Diagnose bis zur letzten Therapie von einer Hand gesteuert werden sollte - und zwar aus qualitativen und wirtschaftlichen Gründen. Solche Managed-Care-Modelle sind etwa die Gesundheitszentren - auch Health Maintenance Organizations (HMO) - oder die Hausarztmodelle. Der Versicherte verpflichtet sich, zuerst das Gesundheitszentrum oder den Arzt zu konsultieren, ehe der kostspielige Spezialist aufgesucht wird. Nach einer anfänglichen Dynamik stagniert heute der Versichertenbestand in diesen Modellen. Daher will der Bundesrat die Rahmenbedingungen für solche Modelle verbessern.

Stand der Debatte

Nur der Ständerat hat den bundesrätlichen Vorschlag bisher behandelt - und zwar bereits in der Wintersession 2006. Die beschlossenen Anreize sind jedoch minim: Ärztenetze, die mit den Kassen eine finanzielle Mitverantwortung ausgehandelt haben, dürfen über den Pflichtkatalog hinausgehende Leistungen wie etwa Komplementärmedizin zu Lasten der Grundversicherung anbieten. Zudem sollen für alternative Versicherungsmodelle neu Dreijahresverträge gelten. Der Ständerat will damit verhindern, dass die Versicherten in herkömmliche Angebote wechseln, sobald sie krank werden. Der Nationalrat will die Thematik in der Debatte über die Vertragsfreiheit aufgreifen.

Knackpunkte

Die Berner Ständerätin Simonetta Sommaruga möchte die Managed-Care-Modelle über einen tieferen Selbstbehalt fördern - zum Beispiel 10 Prozent. Das würde heissen, dass der Selbstbehalt für die Grundversicherung ohne Einschränkung der freien Arztwahl auf - zum Beispiel - 20 Prozent erhöht würde. Der Ständerat wollte davon nichts

wissen.

Ausblick

Die Wirksamkeit von Managed-Care-Modellen ist ebenfalls vom Kontrahierungszwang abhängig. Sie wird daher zusammen mit der Vertragsfreiheit und dem Ärztstopp behandelt.

© **Berner Zeitung**

Gerangel um Transparenz im Netz

Internetportale wollen mehr Transparenz im Gesundheitswesen - Spitäler und Ärzte bleiben skeptisch

Unter dem Druck von Vergleichsdiensten suchen auch die Berner Spitäler verstärkt den Qualitätswettbewerb und bauen ihr Angebot im Netz aus. Dort ermöglicht ein neues Portal derweil bereits die anonyme Bewertung von Ärzten - Fachleute reagieren kritisch.

tobias gafafer

Manche kennen die Situation: Eine Operation steht an; der Patient fragt sich nun, welches Spital im Kanton den gewünschten Eingriff zu den besten Konditionen anbietet. Seit dem Mai veröffentlicht spitalinformationen.ch - die Suchmaschine der Spitallobby H+ im Internet - nicht nur eine Liste der Spitäler mit der gewünschten Behandlung in Bern, sondern liefert dazu auch Fallzahlen. Damit sollen den Benutzerinnen und Benutzern Hinweise auf die Erfahrungen der Spitäler auf einem Spezialgebiet geboten werden. Im Moment ist dies aber nur beschränkt möglich, weil einige Berner Spitäler - darunter das Inselspital - ihre Zahlen nur zum Teil auf den Tisch legen. «Sie wären vorhanden, doch die Spitäler müssen sie freischalten», sagt Reinhard Vögele von H+.

Unter Druck von Comparis

Die Spitalsuchmaschine von H+ entstand unter dem Druck des Internetvergleichsdiensts Comparis. Dieser hatte mit einem Spitalvergleich für Aufsehen gesorgt. Hintergrund der Transparenz-Offensive im Spitalwesen ist zudem die neue Spitalfinanzierung: Die Einführung von Fallpauschalen erleichtert den Preisvergleich aller Schweizer Spitäler. Die Spitallobby H+ will mit der erweiterten Suchmaschine nun offensichtlich verhindern, dass im härteren Qualitätswettbewerb der Spitäler nur auf den Preis geachtet wird. Bis 2009 soll die Seite laut Vögele mit zusätzlichen Qualitätsindikatoren - zum Beispiel der Infektionsrate - bestückt und mit einzelnen Spitalberichten laufend verfeinert werden.

Es herrsche immer noch zu wenig Transparenz, sagt hingegen Felix Schneuwly vom Kassenverband Santésuisse: «Auch die Erhebungskriterien sollen transparent sein.» Daher wären laut Schneuwly die Aufsichtsbehörden gefordert - primär das Bundesamt für Gesundheit (BAG), da der Kanton Bern als Aufsichts- und Planungsbehörde diesbezüglich Rollenkonflikte habe.

Ärzte und Spitäler skeptisch

Ärzte und Spitäler bleiben jedoch skeptisch. «Was heisst Qualität?», sagt der Arzt und Verwaltungsratspräsident der Spital Netz Bern AG, Daniel Pauli. Ein Spitalpatient bewerte unter Umständen das Angebot an Menus und nicht die Qualität einer Diagnose. Die Qualität sei schwierig zu bewerten, sagt auch Jürg Schlup, der Präsident der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern. Die Spitäler und Ärzte müssten sich endlich auf gemeinsame Bewertungskriterien einigen.

Der Patient als Konsument

«Unsere Suchmaschine entbindet die Leute nicht davon, sich zu erkundigen», sagt Reinhard Vögele von der Spitallobby H+. Die jüngsten Entwicklungen im Netz beurteilt Felix Schneuwly aber als «gut für alle»: Patienten würden sich je länger desto mehr als Konsumenten verhalten.

Den Arzt benoten

Auf dem neuen Internetportal www.okdoc.ch kann jeder seinen Arzt mit anonymen Kommentaren und Noten beurteilen. Für den Kanton Bern sind mehrere hundert Ärzte aufgelistet. Zur Bewertung dienen drei Instrumente: Hauptkriterium sind die Untersuchung und die Behandlung. Dazu kommen die Atmosphäre im Wartezimmer, die Parkmöglichkeiten oder die Freundlichkeit des Personals und Formalitäten wie die Terminvereinbarung oder die Arztrechnung. Die Kriterien fließen gleich gewichtet in die Note ein. Betrieben wird das Portal von einem Westschweizer Pendant zu Comparis. Dass okdoc.ch ein vergleichbares Aufsehen wie der Spitalvergleich von Comparis auslösen wird, bezweifelt Felix Schneuwly von Santé Suisse.

Die Kassen befürworten zwar die Bestrebungen. Ein schlechter Start schade aber mehr - «die Ärzte werden sich dadurch nicht unter Druck setzen lassen». Das Portal sei heikel, weil der betreffende Arzt anonym an den Pranger gestellt werden könne. (tga)

© Der Bund

Couchepin macht Druck auf Ärzte

Laboranalysen - Tarifsenkung als weiterer Schritt zur Eindämmung der Gesundheitskosten

Der Gesundheitsminister will die Preise für Laboranalysen um rund 25 Prozent senken. Die Hausärzte fürchten um ihre Existenz.

DANIEL FRIEDLI

Das Projekt hat so viel Verspätung, dass es Kritiker schon in der Schublade verrotten sahen. Doch nun macht Pascal Couchepin im Kampf gegen die hohen Schweizer Laborpreise doch noch vorwärts. Und zwar so, dass es vor allem Ärzten mit eigener Labortätigkeit angst und bange wird. «Der Bund stellt das ganze System auf den Kopf», moniert Andreas Huber, Präsident der Union für Labormedizin.

Mit dem «System» meint der Chefarzt im Kantonsspital Aarau die Analyseliste der obligatorischen Krankenversicherung. Sie enthält vom Aidstest bis zur Urinprobe alle kassenpflichtigen Analysen und legt fest, wie viel die Ärzte und Labors dafür verrechnen dürfen. Still und leise hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) nun letzten Freitag eine Revision dieser gut 20 Jahre alten Liste in die Anhörung geschickt, die das Preisgefüge gehörig ins Wanken bringt.

Tiefere Preise für einfache Tests

Konkret will das Amt vor allem die Tarife von Routinediagnosen massiv senken. Für einen Aidstest, der heute Fr. 31.50 kostet, soll es künftig nur noch 20 Franken geben. Der Preis für einen Glukosetoleranz-Test zur Frühdiagnose von Diabetes fällt gar von Fr. 22.50 auf 4 Franken. Im Gegenzug erhalten die Praxen und Laboratorien das Recht, für ihren Aufwand eine neue Pauschale abzurechnen. Externe Labors dürfen pro Auftrag 24 Franken in Rechnung stellen, Ärzte mit Labortätigkeit einmal pro Patient und Tag 8 Franken. Dass die Rechnung nicht ganz aufgeht, ist Absicht: Unter dem Strich, so das BAG, «erscheint eine Reduktion des Gesamtkostenvolumens um 20 bis 25 Prozent nicht unrealistisch.»

Als vollkommen unrealistisch erscheint das Projekt hingegen den Hausärzten. «Für ihre Praxislabors wird das zur Existenzfrage», sagt Franziska Zogg vom Vorstand der Gesellschaft für Allgemeinmedizin (SGAM). Viele Grundversorger könnten ihre Labors schon heute kaum rentabel betreiben, mit den Plänen des BAG werde dies gänzlich unmöglich: «Sie müssten entweder draufzahlen oder aber den Laborservice aufgeben.»

Ersteres kommt für Zogg nicht infrage, weil damit entgegen den politischen Absichtserklärungen wieder die Grundversorger geschwächt würden. Und die zweite Option beurteilt sie aus gesundheitspolitischer Sicht als falsch. Denn wenn die Ärzte selbst einfache Proben in externe Labors schicken, müssen sie die Patienten für die Resultate immer ein zweites Mal aufbieten. «Billiger wird dies sicher nicht», sagt Zogg. Chefarzt Huber befürchtet zudem, dass ein solcher Kostendruck zu Qualitätseinbussen bei Diagnose und Behandlung führt.

Grosses Sparpotenzial

Diese Bedenken teilt der Krankenkassenverband Santésuisse nicht, denn er sieht in den heutigen Tarifen noch viel Luft. «Die Preise wurden über Jahre nicht mehr angepasst», klagt Sprecher Felix Schneuwly. Umgekehrt habe der technische Fortschritt die Analyse billiger gemacht, sodass ein enormer Produktivitätsgewinn entstanden sei. Die Krankenkassen beziffern das Sparpotenzial auf rund 250 Millionen Franken im Jahr und wollen diese nun endlich den Patienten weitergeben.

Bei allem Sparwillen hat Santésuisse allerdings auch Verständnis für die Ärzteschaft. «Über ihre Präsenztaxe von 8 Franken kann man reden», meint Schneuwly. Und genau dies wollen die Hausärzte nun auch tun. Sie hoffen, dass das BAG in der Anhörung noch einlenkt und entweder diesen Betrag erhöht oder andere flankierenden Massnahmen zu ihren Gunsten ergreift. Sonst, so ist herauszuhören, werden sie ihren Ärger wieder in die Öffentlichkeit tragen. «Wir werden das so nicht hinnehmen», sagt Zogg.

© Aargauer Zeitung

Gesundheitsrecht

Der Arzt schuldet keinen Heilungserfolg

Wie allen Menschen unterlaufen auch Ärzten Fehler. Eine Fehlerquelle bei der medizinischen Behandlung ist der sogenannte Diagnosefehler, das falsche Beurteilen der Krankheit. Was hat der Patient zu beachten, wenn etwas schiefgeht?

Mitte März suchte die Studentin A.Müller ein öffentliches Spital auf. Sie klagte über Schmerzen in der Gegend des Oberbauchs. Die Blutentnahme ergab eine Blutkörperkonzentration von 16600. Der Notarzt fand keine Erklärung für die Beschwerden, ordnete aber die Hospitalisierung an. Einen Tag später nahmen die Beschwerden von Frau Müller zu, ohne dass sie von einem Arzt behandelt wurde. Tags darauf ergab eine erneute Blutentnahme eine Konzentration der weissen Blutkörper von 17800. Es wurde eine Spiegelung der Gebärmutter angeordnet. Dabei wurde festgestellt, dass der Blinddarm der Patientin geplatzt war. Dank einem Noteingriff gelang die Eindämmung der Infektion. Während der Erholungsphase war Frau Müller arbeitsunfähig.

Kanton haftet kausal

Sucht der Patient einen frei praktizierenden Arzt auf, so entsteht ein privatrechtliches Auftragsverhältnis im Sinne des Obligationenrechts. Daraus ergeben sich Pflichten, wie sorgfältige Untersuchungen, Wahl einer adäquaten Heilungsmethode, Aufklärung des Patienten, fachgerechter Eingriff. Der Arzt hat sich gewissenhaft um die Heilung zu bemühen, der Heilungserfolg ist aber nicht geschuldet. Anders als der frei praktizierende Arzt oder das Privatspital untersteht die Haftung des öffentlichen Spitals nicht den Regeln des Privatrechts, sondern des öffentlichen Rechts. Das heisst, der Kanton haftet kausal für die Fehlbehandlung des Patienten in öffentlichen Spitälern. Jedoch sind die Ansprüche gegenüber dem öffentlichen Spital eben nicht auf Privat-, sondern auf das Öffentliche Recht zu stützen.

Was schuldet der Arzt?

Dabei sind insbesondere die Verjährungs- und Verwirkungsfristen sowie das Verfahren der Anspruchstellung zu beachten. Während die Forderung gegenüber dem Privatarzt oder Spital erst nach fünf Jahren verjährt, sind diese Fristen bei der staatlichen Verantwortlichkeit in jedem Kanton separat geregelt. Im Kanton Bern beträgt die Verjährungsfrist ein Jahr. Voraussetzung für die Haftung des Arztes oder des Spitals ist eine Sorgfaltpflichts- oder eine Aufklärungspflichtverletzung. Der Arzt hat bei der Tätigkeit die Sorgfalt anzuwenden, die von ihm auf Grund seiner Ausbildung und Erfahrung erwartet werden darf. Das Nichterkennen einer Krankheit ist grundsätzlich ein Diagnosefehler. Der Arzt schuldet jedoch nicht per se eine richtige Diagnose, ebenso wenig wie er eine erfolgreiche Behandlung schuldet, sondern nur eine Untersuchung nach den Regeln der ärztlichen Kunst. Bei Frau Müller hätten die Schmerzen im Bauchbereich verbunden mit der hohen Blutkörperkonzentration schon Mitte März den Verdacht auf eine Blinddarmentzündung aufkommen lassen müssen. Der Verdacht eines Diagnosefehlers ist gegeben. Genaueres müsste in einem Gutachten von einem Facharzt festgestellt werden.

Strafrechtliche Haftung

Anders als im Strafrecht, in welchem die Tathandlung und nicht der Taterfolg beurteilt wird, muss ein Haftpflichtanspruch auf den Ersatz eines Schadens ausgerichtet sein. Das heisst, dass Frau Müller beweisen muss, durch den (angenommenen) Diagnosefehler finanziell schlechter gestellt zu sein als bei einer richtigen Diagnose. Die Studentin ging einer Teilzeiterwerbstätigkeit nach. Bei richtiger Diagnose wäre ihr der Blinddarm sofort entfernt worden. Durch die Komplikation verzögerte sich die Heilung 2 Monate. Der ihr angewachsene Schaden bemisst sich aus dem Lohn für diese 2 Monate.

Es ist für den Patienten schwierig, gegen ein öffentliches Spital vorzugehen. Ohne Unterstützung durch einen Anwalt ist die Geltendmachung eines Anspruchs beinahe aussichtslos. Ein fachlich versierter Anwalt kann die Lage auch relativ rasch einschätzen. Dies ist deshalb wichtig, weil die Geltendmachung eines Anspruchs auf dem Prozesswege mit

grossen finanziellen Risiken verbunden ist.

In Haftpflichtfällen gilt die Regel: Der Unterlegene trägt die Kosten. Allein die Anwaltskosten in einem Arzthaftpflichtprozess können sehr schnell im fünfstelligen Bereich zu liegen kommen.

Henrik Uherkovich

Der Autor ist Fürsprecher bei Advokatur Ilmenhof.

© **Berner Zeitung**

Selbstbestimmung bis zuletzt

Viele machen sich Gedanken über das Sterben in technisierter Medizin - aber nur wenige erstellen eine Patientenverfügung

Will ich dereinst selber über mein Lebensende bestimmen? Vor dem Hintergrund der modernen Medizin wünscht das eine wachsende Zahl von Menschen. Dazu braucht es eine Patientenverfügung, und das setzt die Klärung der eigenen Wertvorstellungen voraus.

Claudine Böhlen

Der 80-jährige Hans K. muss nach einem Herzinfarkt notfallmässig ins Spital eingeliefert werden. Zum Glück braucht er weder operiert noch reanimiert zu werden. Aber es hätte auch anders kommen können. Die Tochter erinnert sich, dass ihr Vater einige Male erklärte, er möchte nicht an Schläuchen sein Leben beenden. Doch was heisst das in der konkreten Situation genau? Und wie verbindlich ist eine solche Willensäusserung, wenn der Patient nicht mehr urteilsfähig ist und im Voraus nichts Schriftliches festgelegt hat? Der bis jetzt rüstige Rentner hat aus seiner Erfahrung als Notfallpatient gelernt. Er will jetzt seinen Willen in einer Patientenverfügung festlegen.

Angst vor Urteilsunfähigkeit

Als Folge des medizinischen Fortschritts ist in den letzten Jahrzehnten bei Patientinnen und Patienten das Bedürfnis gewachsen, bis zuletzt über ihr Leben bestimmen zu können. Beinahe die Hälfte aller Todesfälle erfolgten heute erst nach dem Verzicht auf eine lebenserhaltende Massnahme, schrieb der Kardiologe Martin Rothlin 2006 in der Zeitung des Ärzteverbandes FMH. Nicht für alle Menschen stehen die Möglichkeiten der modernen Medizin im Einklang mit den eigenen Wertvorstellungen.

Wer auch als Schwerkranker noch urteilsfähig ist, kann seinen Willen über lebensverlängernde Massnahmen selber äussern. Doch Menschen mit einer demenziellen Erkrankung sind oft nicht mehr dazu in der Lage. Ebenso wenig Menschen im Koma, zum Beispiel nach einem schweren Unfall. Diese Situation kann in jedem Alter eintreten. Vor diesem Hintergrund ist es wichtig, die Patientenverfügung frühzeitig zu hinterlegen. So kann man im urteilsfähigen Zustand erklären, mit welchen medizinischen Massnahmen man dereinst behandelt werden möchte - oder nicht. Die Patientenverfügung lässt sich immer noch widerrufen - selbst aus dem Spitalbett heraus.

Breites Angebot

Wer eine Patientenverfügung hinterlegen möchte, kann einen Arzt seines Vertrauens darauf ansprechen. Er kann auch selber einen Text verfassen oder bei einem Anbieter Informationsmaterial und ein standardisiertes Formular anfordern. Die Auswahl ist gross: Mindestens 16 Non-Profit-Organisationen bieten heute in der Schweiz Dokumente, Informationsmaterial und Dienstleistungen an, meist zu bescheidenen Kosten oder sogar kostenlos.

«Das Thema ist sehr aktuell», bestätigt Daniela Ritzenthaler von Dialog Ethik, einem politisch, wirtschaftlich und religiös unabhängigen Institut für Ethik im Gesundheitswesen. «Anfragen werden häufig mit einem Erlebnis im persönlichen Umfeld, zum Beispiel mit den Eltern, begründet.» Eine Verfügung vorzubereiten, verlange auch eine Auseinandersetzung mit den eigenen Werten. Vor allem seit dem Bestreben, die Patientenverfügung im Bundesrecht zu regeln, stosse das Thema zunehmend auch bei Pflegenden und Ärzten auf grosses Interesse. Ähnliche Erfahrungen macht die Schweizerische Patientenorganisation (SPO). «Wenn ein Fall wie vor einigen Jahren jener der Wachkoma-Patientin Terri Schiavo weltweit Schlagzeilen macht, dann häufen sich die Anfragen», sagt Maja Deboni.

Einbezug der Angehörigen

Hinsichtlich Form, Inhalt, ethischer Ausrichtung und Ausführlichkeit unterscheiden sich die Dokumente der verschiedenen Organisationen beträchtlich. Das vom Ärzteverband FMH herausgegebene Dokument besteht aus einer knappen A-4-Seite und enthält nur gerade den Wunsch, im Falle von unwiderruflicher Entscheidungsunfähigkeit auf lebensverlängernde Massnahmen zu verzichten. Sehr umfassend ist die Verfügung von Dialog Ethik, die auch weitergehende ethische Fragen berührt.

Im vielfältigen Angebot die passende Patientenverfügung auszuwählen und auszufüllen, ist eine anspruchsvolle Aufgabe. Sehr oft werden auch die Angehörigen einbezogen, und es empfiehlt sich, eine dieser Bezugspersonen auch in der Verfügung zu nennen. «Es ist auch ein Anlass, um mit Angehörigen über den Tod zu sprechen», sagt die zuständige Beraterin bei Exit, Melanie Kuhn. Das Dokument muss so aufbewahrt werden, dass auch die Familie es im Notfall rasch findet; es sollte regelmässig aktualisiert werden. Verschiedene Organisationen bieten hierzu ihre Dienstleistungen an.

Nur 10 Prozent der Bevölkerung

In der Schweiz haben erst etwa 10 Prozent der Leute eine Patientenverfügung. Längst nicht in allen Spitälern oder Heimen wird beim Eintritt danach gefragt. Die Ärztin Barbara Federspiel hat 2002/2003 am Berner Lindenhofspital eine Untersuchung zum Thema verfasst (Bestellung: SGGP, 043 243 92 20). Sie stellt fest, die Patienten seien durchaus dafür ansprechbar. Im Spitalalltag fehle es oft aber an der Zeit oder Kommunikation für solche Gespräche.

Eine zentrale Frage ist die Rechtsverbindlichkeit einer im urteilsfähigen Zustand erstellten Patientenverfügung. Wegweisend sind die Grundsätze der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) über das Recht der Patientinnen und Patienten auf Selbstbestimmung. Nach diesen Richtlinien soll im Konfliktfall der mutmassliche Wille des Patienten ermittelt und dann im Konsens zwischen Arzt und Angehörigen entschieden werden. Die SAMW ist im Begriff, spezielle Richtlinien über die Reanimation, im Spital schon fast Routine, auszuarbeiten.

Bundesregelung kommt

Künftig soll die Patientenverfügung einheitlich im Bundesrecht geregelt werden, und zwar im Rahmen der Revision des Vormundschaftsrechtes, das zum Erwachsenenschutzrecht wird. Der Gesetzesentwurf, der noch in der parlamentarischen Beratung steckt, enthält ausführliche Bestimmungen über die Handhabung von Patientenverfügungen. Unter anderem sollen ein Arzt oder ein Spital danach fragen müssen.

Bis die Bundesnormen in Kraft sind, werden die Patientenrechte noch durch das kantonale Recht gestaltet. Einige Kantone haben sie bereits in ihre Gesundheitsgesetze aufgenommen, so auch der Kanton Bern. Laut Gesundheitsgesetz von 2003 wird ein Arzt verpflichtet, den Willen einer Person zu respektieren, die im Voraus schriftlich oder mündlich angeordnet hat, welche Behandlungsmassnahmen sie im Falle ihrer Urteilsunfähigkeit erhalten oder verweigern will.

Angebote

www.dialog-ethik.ch; www.caritas.ch; www.fmh.ch; www.patientenstelle.ch; www.spo.ch; www.ggg-voluntas.ch; www.pro-senectute.ch; www.konsumentenschutz.ch; www.exit.ch; www.dignitas.ch.

Die Patientenverfügung in der Ärztlichen Praxis

Herausfinden, was der Patient möchte

Bei der Handhabung der Patientenverfügung übernimmt der Hausarzt eine wichtige Rolle. Kaspar Zürcher sieht sich als Vertragspartner mitverantwortlich für die Einhaltung der Verfügung.

Interview: Claudine Böhlen

«Bund»: Herr Zürcher, ein Patient kommt für eine Patientenverfügung in die Sprechstunde. Was können Sie ihm anbieten?

Kaspar Zürcher: Meistens kenne ich den Patienten und seine Situation bereits. Trotzdem interessieren mich natürlich seine Beweggründe. Ich zeige und erläutere ihm die Patientenverfügung unserer Standesorganisation FMH, Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte. Der Text ist kurz und allgemein gehalten und kann auch von Angehörigen und den vom Patienten bezeichneten Ärzten unterzeichnet werden.

Unterschreiben Sie selber auch?

Meistens werde ich als Hausarzt gebeten, auch zu unterschreiben. Wenn der Patient einverstanden ist, lege ich eine Kopie des Dokuments zur Krankengeschichte und vermerke das auf der Umschlagseite. Tritt die Situation ein, dass der Patient ins Spital muss oder von weiteren Ärzten betreut wird, ohne dass er entscheidungsfähig ist, faxe ich den übrigen involvierten Fachpersonen sofort eine Kopie.

Wenn jemand mit dem knappen Text des FMH-Dokuments nicht einverstanden ist?

In den meisten Fällen wird die FMH-Verfügung als ausreichend und befriedigend erachtet. Sie enthält das Wesentliche. Ich mache die Patienten auch darauf aufmerksam, dass sie den Text abändern oder ergänzen können. Es kann vorkommen, dass jemand noch einen Juristen beiziehen will, doch das ist selten. Die meisten Patienten kommen ohne genaue Vorstellungen, was die Formulierung anbelangt, und ohne ein anderes Dokument.

Kommt es vor, dass Sie die Initiative ergreifen und einen Patienten - zum Beispiel vor einer grösseren Operation - auf die Möglichkeit einer Patientenverfügung aufmerksam machen?

Das kommt vor, am ehesten bei schwer kranken Menschen, wenn man befürchten muss, dass sie in absehbarer Zeit nicht mehr entscheidungsfähig sein könnten.

Kommen in den Gesprächen mit dem Patienten neben den praktischen Aspekten einer Patientenverfügung auch ethische Fragen zur Sprache?

Manchmal wird über Glaubensfragen gesprochen. Es gibt Patienten, die aus religiösen Gründen auch bei Urteilsunfähigkeit nur die übliche Schmerzlindeung wünschen und nicht mehr. Gelegentlich kommen auch generelle ethische Fragen rund um den Tod oder die Selbstbestimmung am Lebensende zur Sprache.

Die Anwendung einer Patientenverfügung stellt den Arzt vor schwierige Entscheide. Er muss abschätzen, ob in einer bestimmten Situation, wenn sich zum Beispiel der Gesundheitszustand einer Patientin verschlechtert, die Patientenverfügung zum Tragen kommen könnte.

Dann muss er herauszufinden versuchen, was in dieser Situation der Wunsch der Patientin wäre. Wenn ich der behandelnde Arzt bin, versuche ich, die Situation mit der Kranken zu besprechen. Wenn das nicht mehr möglich ist, versuche ich mit den auf der Verfügung aufgeführten Personen optimal im Interesse der Patientin zu entscheiden. Das heisst, dass wir unter gewissen Umständen entscheiden, zum Beispiel einer hochbetagten schwer kranken Person bei einer Lungenentzündung kein Antibiotikum zu geben und sie in Ruhe zu Hause sterben zu lassen. So haben es die Patientin und ich als Vertragspartner vereinbart.

In schwierigen Situationen am Krankenbett ist demnach eine Patientenverfügung für den Arzt ein hilfreiches Instrument.

Ja, sie kann uns die Arbeit erleichtern. Am sichtbarsten ist diese Hilfe bei der Reanimation im Spital. Das ist sozusagen das Paradebeispiel für die Anwendung der Patientenverfügung. Ob eine Reanimation eingeleitet wird oder nicht, hängt häufig davon ab, ob eine Verfügung vorhanden ist oder nicht.

Leben erhalten und den Patientenwillen respektieren - ein Dilemma für den Arzt?

Eigentlich nicht, wenn man das Lebensende als etwas Natürliches ansieht und ihm seinen Lauf lässt, allerdings unter optimaler Linderung von Leiden, vor allem Schmerzen oder Atemnot. Mit der Respektierung des Patientenwillens kann auch die grosse Angst vor dem Tod ein Stück weit entschärft werden. Deshalb sehe ich hier kein ethisches ärztliches Dilemma.

Der Umgang mit einer Patientenverfügung fordert vom Arzt grosses Einfühlungsvermögen. Ist ein junger Arzt genügend geschult oder vorbereitet für diese anspruchsvolle Aufgabe?

Wenn ein junger Arzt mit einem älteren Vorbild den Umgang mit dem Sterben miterleben kann, scheint mir das die beste Schulung. Von meinen klinischen Lehrern habe ich seinerzeit als Medizinstudent und später als Assistenzarzt im Spital gelernt, den Menschen ins Zentrum zu stellen, und nicht die Diagnose: Es geht um Frau Meier, eine 88-jährige Frau, die am Ende ihres Lebens steht.

© Der Bund

Bärenprotein für neue Muckis

MUSKELFORSCHUNG Wissenschaftler suchen nach neuen Therapien gegen Muskelschwund. Dabei experimentieren sie auch mit Grizzlyblut.

SEBASTIAN TILCH

Markus Schülke staunte nicht schlecht. Der Junge vor ihm hielt problemlos zwei 3-Kilo-Gewichte an waagrecht ausgestreckten Armen. Und das im Alter von vier Jahren. Mit dieser Entdeckung zog der Neurologe an der Charité Berlin vor vier Jahren die Neugierde der Muskelforscher auf sich. Der Grund für die ungeheure Kraft des Jungen war ein Gendefekt, der die Bildung von Myostatin verhindert.

Dabei handelt es sich um ein Protein, welches das Wachstum der Muskeln aufhält. Der Junge galt schnell als Hoffnungsträger für Tausende von Patienten, die an Muskelschwund leiden. Sollte man dem Muskelabbau einen Aufbau entgegensetzen können?

EINE FRAGE, die auch die Pharmaindustrie interessiert. Denn Muskelwachstum ist ein hohes Gut in unserer Körperkultugesellschaft und wird in der Regel mit viel Anstrengung erkaufte. Muskeln ohne Training? Das wäre ein Verkaufsschlager. Auch Sportler interessieren sich für solche Myostatin-Hemmer, die ihnen zu übernatürlichem Muskelwachstum verhelfen könnten (siehe Kasten).

Bei Gesunden schwinden die Muskeln mit den Jahren ganz natürlich. Ein 80-Jähriger hat etwa 50 Prozent weniger Muskelmasse als ein 20-Jähriger. Gerade bei älteren Patienten im Spital kann deshalb schon eine kurze Bettlägerigkeit grosse Probleme verursachen. «Ein Tag im Bett bedeutet sieben Tage Muskelaufbautraining», so die Faustregel von Andreas Stuck, Professor für Geriatrie an der Universität Bern. «Der Körper braucht für die Heilungsprozesse Eiweisse. Und die holt er sich aus den Muskeln.» Ein Teufelskreis, der bis zur Pflegebedürftigkeit führen kann. Die Geriatrie Bern eröffnet nun ein Zentrum für geriatrische Rehabilitation, in der Patienten mit gezielten Therapien ihre Selbstständigkeit wiedererlangen sollen. Myostatin-Hemmer werden da möglicherweise eines Tages helfen.

DOCH STATT MUSKELN künstlich aufzubauen, könnte der Verfall bei Untätigkeit aufgehalten werden. Dies versucht Michael Gotthardt vom Berliner Max-Delbrück-Centrum für Molekulare Medizin, und er weiss wofür: Zurzeit trägt er nach einem Kniebruch eine Beinschiene. Sein Oberschenkel ist sichtlich dünner geworden. «Der menschliche Körper ist darauf geeicht, Eiweiss, das nicht gebraucht wird, abzubauen», sagt Gotthardt. Für seine Forschung hat er sich ein Versuchstier ausgesucht, das dieses Problem nicht hat: den Grizzlybären. Selbst nach seinem Monate langen Winterschlaf geht dieses Kraftpaket problemlos auf kilometerweite Jagdzüge.

Gotthardt sucht nun nach den Stoffen im Muskel der Bären, die diesen Unterschied herbeiführen. Dafür werden im Partnerinstitut in Washington Grizzlys von klein aufgezogen und so trainiert, dass sie sich freiwillig Blutproben abnehmen lassen. Im Winterschlaf werden ihnen obendrein Gewebeprobe entnommen und mit solchen aus der aktiven Zeit verglichen. Einen Stoff hat Gotthardt schon im Auge: Titin ist ein grosses Strukturprotein in den Muskelfasern, das vermutlich kommuniziert, ob ein Muskel benutzt wird oder nicht.

Der Forscher züchtet nun Mäuse, deren Titin diese Kommunikationsfähigkeit fehlt. Wenn er recht hat, dürften diese Mäuse sich deutlich kräftiger entwickeln, da der Muskel seine Inaktivität nicht mehr melden kann. Doch Gotthardt vermutet noch mehr Mechanismen in diesem komplexen System und erhofft sich Aufschlüsse aus den Bärenproben. Seine Ergebnisse dürften auch die Raumfahrt interessieren. Denn in Schwerelosigkeit sind Astronauten erheblichem Muskelschwund unterworfen. Sollte tat-sächlich einmal eine Mars-Expedition den Planeten erkunden wollen, dürften die Astronauten bei zirka 25 Prozent Muskelschwund Schwierigkeiten bekommen.

© Aargauer Zeitung

Ein Arzt ohne Röhrenblick

Auch mit bald 85 Jahren ist Walter Siegenthaler noch immer am Puls der Medizin

Der Patient darf nicht «in Einzelteile zerlegt» werden. Das ist noch heute das Herzensanliegen des Internisten Walter Siegenthaler. Begonnen hat er seine Karriere 1954 in St. Gallen - ein Schritt, von dem ihm Kollegen sehr abgeraten haben.

Peter MÜLLER

Dieser kleine, schmächtige Mann hat als Klinikdirektor, Arzt, Hochschullehrer und Autor ein ungemein aktives Leben geführt. Entscheiden, Führen, die Dinge vorantreiben und weiterentwickeln - das war über viele Jahre sein Tagwerk. Etwas von dieser Energie spürt man noch heute, wenn er zum Beispiel während eines Gesprächs kurz einen Anruf entgegennimmt oder in der Diskussion ungeduldig wird, weil es ihm zu langsam geht.

Hellwach, präsent, engagiert

Walter Siegenthaler ist noch mit bald 85 Jahren hellwach, präsent und engagiert. Sein Name ist ganzen Medizinergenerationen ein Begriff. Vor allem seine «Differenzialdiagnose der Inneren Krankheiten» ist ein Lehrbuchklassiker, der im Bücherregal unzähliger Ärztinnen und Ärzte, Studentinnen und Studenten steht - rund um den Globus. Robert Hegglin, sein langjähriger Chef, hatte das Buch erstmals 1952 veröffentlicht. Siegenthaler übernahm es nach dessen Tod 1969 und entwickelte es als Herausgeber und Mitautor kontinuierlich weiter, inzwischen in acht Auflagen.

Dieses Buch ist auch einer der Gründe, warum er heute noch buchstäblich «am Puls» der Medizin ist - schliesslich will es weitergeführt werden. Er führt eine kleine Privatpraxis, pflegt ein grosses Kontaktnetz, ist häufig im In- und Ausland unterwegs und betreibt eine intensive Fachlektüre.

St. Gallen als Sprungbrett

Die meiste Zeit seines aktiven Berufslebens wirkte Walter Siegenthaler am Universitätsspital Zürich. Am Anfang seiner akademischen Laufbahn steht allerdings St. Gallen. Er hatte am Universitätsspital Zürich eben seine Ausbildung zum Facharzt für Innere Medizin abgeschlossen, als er 1954 ein Angebot «für die Provinz» erhielt: Oberarzt an der Medizinischen Klinik des Kantonsspitals St. Gallen. Seine Kollegen warnten ihn: «Damit ruinierst Du Dir Deine akademische Zukunft.» Es kam ganz anders.

Seine vier Jahre in St. Gallen wurden für ihn zu einer prägenden Lehrzeit und zum Sprungbrett für eine akademische Karriere, die mit verschiedensten nationalen und internationalen Ehrungen ausgezeichnet wurde.

«Ich habe da viel gelernt»

Die Klinik in St. Gallen war damals die grösste Medizinische Klinik der Schweiz: «Wir hatten 340 Betten und ein riesiges, ungefiltertes Krankengut - ein Paradies der Inneren Medizin. Da habe ich enorm viel gelernt. Und ich habe hier meine spätere Frau kennengelernt, eine Arbeitskollegin.»

Walter Siegenthaler über seine St. Galler Jahre erzählen zu hören, ist sehr spannend. In jenen Jahren erlebte gerade die Innere Medizin einen gewaltigen Durchbruch: Es war zum Beispiel die Zeit der ersten Antibiotika, Kortisone und Zytostatica. Dank ihrer grossen Zahl an Kranken gehörte die Medizinische Klinik des Kantonsspitals zu den Pionierkliniken. «Wir konnten die Substanzen früh anwenden, darüber publizieren und an Kongressen referieren», erzählt Walter Siegenthaler.

«Das war eine schlimme Zeit»

Massgeblich geprägt waren die St. Galler Jahre von einer schweren Kinderlähmung-Epidemie. Fast täglich kamen neue Fälle von meist jugendlichen Patienten mit Lähmungen der Extremitäten und der Atemmuskulatur in die Klinik. Hier waren die Möglichkeiten begrenzt - «das war eine wirklich schlimme Zeit», meint der Mediziner im Rückblick.

1958 kehrte Walter Siegenthaler nach Zürich zurück, wo er an der Medizinischen Poliklinik der Universität arbeitete und sich auch habilitierte. 1961 folgte ein zweijähriger Forschungsaufenthalt in den USA - zusammen mit seiner Frau. Für die damaligen Zeit war das noch eher ungewöhnlich, später wurde «IAG» («In Amerika gewesen») für das medizinische Kader zur Selbstverständlichkeit.

Vielfältige Poliklinik

1969 wurde Walter Siegenthaler Direktor der Medizinischen Poliklinik der Universität Bonn. Hier blieb er zwar nur zwei Jahre, konnte in dieser Zeit aber ungemein viel bewegen: «Es war eine phantastische, aber auch sehr arbeitsintensive Zeit». 1971 kam dann der Ruf an die Medizinische Poliklinik der Universität Zürich. Sie dient als Ausbildungsort für Internisten, Allgemeinpraktiker, Chefärzte und Klinikdirektoren, kommt im Medizinstudium intensiv zum Einsatz und betreibt Forschung.

Vor allem aber ist sie Anlaufstelle für schwierige internistische Fälle - insbesondere für die anderen Kliniken des Universitätsspitals und die Region Zürich. Damit leistet sie auch Grundlagenarbeit für die medizinische Alltagspraxis und setzt wichtige Impulse für Lehre und Forschung.

Generalisten und Spezialisten

Walter Siegenthaler baute diese Klinik in den folgenden zwanzig Jahren massiv aus und vergrösserte ihren Ruf als weit über die Schweiz hinaus angesehene Institution. Das Aufgabenpensum war enorm - schon bei den Patienten: Die Krankheitsbilder wurden zunehmend komplexer, neue Krankheiten wie etwa Aids mussten bewältigt werden. Dazu kamen die Entwicklungen in Medizin und Gesundheitswesen. So waren die rasanten medizinischen Fortschritte kontinuierlich in Klinik, Lehre und Forschung zu integrieren.

Den Patienten nicht «zerlegen»

Gleichzeitig mussten die neu aufkommenden medizinischen Spezialdisziplinen wie Kardiologie oder Onkologie aufgebaut und gefördert werden, ohne dass damit die Einheit der Inneren Medizin verloren ging. Diese Einheit der Inneren Medizin zu bewahren, ist bis heute Walter Siegenthalers Hauptanliegen: Der Patient darf nicht «in Einzelteile zerlegt» werden. Es braucht einen Mediziner, der den Gesamtüberblick hat, der als Koordinator und Ansprechpartner dient ? auch aus Kostengründen.

Walter Siegenthaler vertritt konsequent eine Medizin, die massvoll, realistisch und ökonomisch vertretbar ist und keinem «Röhrenblick» verfällt. Der Mensch muss immer als Ganzes im Blick bleiben. Die Innere Medizin ist für ihn dazu die Schlüsseldisziplin. Ihre Zukunftschancen betrachtete er lange pessimistisch, jetzt ist er wieder zuversichtlicher. Er selbst versteht sich bei alledem bewusst als Schulmediziner, sieht aber immer auch die Vorläufigkeit dieses Wissens: «Der heutige Stand des Wissens ist der heutige Stand des Irrtums.»

Klinik als «Gesamtkunstwerk»

Die bereits erwähnte «Differenzialdiagnose» wurde gewissermassen zum Manifest dieser Einheit der Inneren Medizin. Das Lehrbuch war der Ertrag einer eigentlichen «Wissensmaschine», die Walter Siegenthaler betrieb - mit Rapporten, Vorlesungen, Kongressen, Symposien, Forschungsarbeiten, Lektüre und Publikationen. Mindestens bis zu seiner Emeritierung 1991 war die «Differenzialdiagnose» damit eng mit der Medizinischen Poliklinik der Universität Zürich verknüpft. Man könnte die Medizinische Poliklinik jener Jahre gut als Walter Siegenthalers «Gesamtkunstwerk» bezeichnen.

Nach Aussagen von Zeitzeugen zeigte er bei der Leitung dieser Klinik Eigenschaften, die heute von jedem Manager verlangt werden: Organisations- und Motivationstalent, Effizienz, Schwung, gute Ideen, einen Sinn für Trends, Kommunikationstalent, ausgeprägtes Networking. Und fast durchweg werden seine didaktischen Fähigkeiten gelobt: Er galt als hervorragender Lehrer, bei dem man wirklich etwas lernt. Walter Siegenthaler selbst liebte das «Teaching» sehr und engagierte sich auch für die medizinische Weiterbildung auf vielfältige Weise. Besonders am Herz lagen ihm dabei medizinische Tugenden, die essenziell sind, auch wenn sie nicht jeder attraktiv findet, zum Beispiel Ordnung, Nüchternheit, Disziplin und Leistung.

Wie die Medizin funktioniert

Lehrbücher, Fortbildung, Universitätsklinik - für den Laien ist das alles etwas abstrakt, undramatisch und wenig schlagzeilenträchtig. Im Gespräch mit Walter Siegenthaler realisiert man aber bald: Für ein funktionierendes und sich weiterentwickelndes Gesundheitswesen sind diese Dinge von essenzieller Bedeutung.

Serie

Die Heilkundigen

Wer heute ins Spital muss, der kommt in eine andere Welt als vor wenigen Jahrzehnten. Doch wie es so ist: An den Fortschritt gewöhnt man sich rasch. Dass dieser Fortschritt auch erkämpft, das heisst mühselig erarbeitet werden musste, zeigt unser Porträt des

Internisten Walter Siegenthaler. Er ist, nach dem Chirurgen Ralph A. Schmid (26. Januar) und dem

Psychiater Hermann Rorschach (1. April) der dritte Heilkundige, dessen Leben wir in dieser Serie nachzeichnen. Sie will den Wandel der Heilkunst an einzelnen Menschen zeigen und auch deutlich machen, dass, wie es Siegenthaler so schön sagt, der Stand des jeweiligen Wissens immer auch der Stand des Irrtums ist. (R.A.)

Wörtlich

Atemberaubend

Anfang der 1950er-Jahre waren unsere Möglichkeiten gegenüber heute deutlich begrenzt. Es gab keinen Ultraschall, keine invasiven Untersuchungsmöglichkeiten im Bereich Herz oder Magen-Darm, keine Notfall- und keine Intensivstation, aber auch keine Dialysen. Eine Niereninsuffizienz kam einem Todesurteil gleich. Ab den 1950er- Jahren setzten dann atemberaubende Entwicklungen ein.

Walter Siegenthaler

© St. Galler Tagblatt