Courrier au BMS

Nein zu Managed Care

Letzte Woche bin ich aus dem Verein Hausärzte Schweiz ausgetreten. Es ist für mich nicht nachvollziehbar, warum unser Berufsverband die von Bundesbern vorgelegte Managed-Care-Vorlage unterstützt.

Denn Managed Care macht aus freien Hausärzten Netzwerkfunktionäre und aus mündigen Patienten Bevormundete mit eingeschränkter Arztwahl. Krankenkassen werden mit Managed Care nicht mehr einzelne Ärzte überprüfen, wenn sie teuer arbeiten, sondern ganze Netze zur Verantwortung ziehen. Wahrscheinlich kann sich ein Teil der Hausärzte daher mit Managed Care abfinden oder sogar anfreunden.

Aber Managed Care wird uns ausser dem Verlust der freien Arztwahl noch teuer zu stehen kommen: Denn mit diesen Netzen schiebt sich neben Krankenkassen, Versicherungen und Leistungserbringern ein weiterer «Player» ins Geschäft mit der Gesundheit und will mitverdienen. Mit CEOs, Verwaltungsräten, Gesundheits-Managern, Beratern und EDV-Spezialisten. Der innerhalb der Netze gewünschte Datentransfer wird zum einen gläserne Patienten schaffen, zum anderen ein digitales Aufrüsten auslösen, verbunden mit Mehrkosten ohne Gewinn beim Kranken. Das ganze Kontrolling benötigt Personal, das auch aus dem Prämienvolumen zu entlöhnen ist. Und wo, wo sollen all diese Kosten eingespart werden? Natürlich an der medizinischen Front bei den Patienten und den Leistungserbringern. Der Wasserkopf mit Kontrolleuren wird hingegen weiter ausgebaut. Da bahnt sich eine riesige Fehlentwicklung an. Diese kann der Stimmbürger am 17. Juni korrigieren.

Darum: *Nein* zur organisierten Versorgung. *Nein* zu Managed Care. *Nein* zu einem Wasserkopf, der nur Funktionäre schafft und niemanden – vor allem keinen Kranken – glücklich macht.

Dr. med. Beat Meister, Hochdorf

Nicht legitimiert

Der Verein Hausärzte Schweiz ist nicht legitimiert, im Namen der Haus- und Kinderärzte der Schweiz für Managed Care (MC) Propaganda zu machen.

Die Mitglieder der FMH – bestehend aus allen Haus- und Kinderärzten der Schweiz sowie aus den Spezialisten – haben sich eindeutig gegen MC mit Budgetmitverantwortung ausgesprochen. Mehr als 66% der Abstimmenden haben Nein zu MC gesagt. Somit ist unsere Standesorganisation gezwungen worden, von Saulus zu Paulus zu werden. Der Verein Hausärzte Schweiz hingegen beharrt gegen den Willen der Mitglieder auf MC. Die Vereinsverantwortlichen erachten eine Urabstimmung für nicht sinnvoll. Ihre Begründung, den Ärzten würden die nötigen Informationen fehlen, um in einer Urabstimmung richtig abzustimmen, sind haltlos und arrogant. Dadurch haben sie sich selbst die Berechtigung entzogen, die Haus- und Kinderärzte der Schweiz zu vertreten.

Dieser Verein, der am Anfang grosse Hoffnung geweckt hatte, hat sich als trojanisches Pferd entpuppt und agiert als verlängerter Arm jener Politiker, die die freie Arztwahl und das bewährte und gerechte Hausarztmodell abschaffen wollen. Eine solche Organisation darf und soll uns Haus- und Kinderärzte der Schweiz nicht vertreten.

Dr. med. Angelo Cannova, Zürich

Bewusste Verdrehung der Tatsachen?

In der Sendung 10 vor 10 vom 15. 5. 2012 hat Marcus Maassen, Präsident von «Pulsus», behauptet, dass Frauen in einem Managed-Care-Hausarztnetzwerk ihre Gynäkologin nicht mehr frei wählen dürfen.

Das Gegenteil ist der Fall: Jede Frau kann in einem Hausarztnetzwerk ihre Gynäkologin frei wählen und beibehalten. Dies ist schon seit Anbeginn der Hausarztnetzwerke 1994 der Fall und wurde nie geändert!

Es ist beunruhigend, aber auch bezeichnend, dass ein Gegner der Managed-Care-Vorlage eine solche Verdrehung der Tatsachen in die Welt setzt. Er weiss genau, dass Frauen in der Wahl ihrer Gynäkologin sehr sensibel sind, und nützt dies skrupellos aus, um die Stimmbürgerinnen und Stimmbürger zur Ablehnung der Vorlage zu bewegen.

Die Wahl der Gynäkologin wie auch des Ophthalmologen ist für alle Patienten/-innen in einem Netzwerk frei, wie übrigens auch im Netzwerk freie Hausarztwahl besteht.

Dr. med. Christoph Bovet, Winterthur

Managed Care – oder das i.

Wollen Kranke ge-managed werden?

Es gibt Dinge, die man wägen kann.
Es gibt Zeit, die man messen kann.
Es gibt Arbeit, die man bezahlen kann.
Es gibt Daten, die man zusammenzählen kann.

Es gibt Menschen, die glauben, nur Geld sei wichtig.
Es gibt Ökonomen, die glauben, nur Geld sei das Mass.
Es gibt Juristen, die glauben, nur das Gesetz sei gut.
Es gibt Politiker, die glauben, alles sei kontrollierbar.

Es gibt Werte, die man nicht messen kann.
Es ist gut, wenigstens dies zu wissen.

Kürzlich fragte ich einen Pfleger in einem Dementenheim:
«Was kontrolliert denn die grosse Krankenkasse bei Ihnen?»
Die Antwort war: «Die i-Pünktchen!»

Wir hatten uns verstanden.

Dr. med. Markus Gassner, Grabs

Keinen Zwang ausüben

Zum Beitrag «Jenseits von Managed Care» in der SÄZ Nr. 19/2012

Kollege Sonntag sieht in der Managed-Care-Vorlage eine kranke Dynamik, denn (Budget-) Kontrolle sei nicht der geeignete Weg, medizinische Versorgung und Kosten zu optimieren [1]. Ich gehörte 1990 zur ersten Ärztegruppe in einer HMO. Ich habe 1995 als Klinischer Epidemiologe auch die ersten EBM-Kurse in der

Schweiz initiiert und geleitet. Für «Health Maintenance» und «Managed Care» braucht es in erster Linie Grundlagen des Medical Decision Making, d.h. genaue Kenntnisse und Überlegungen über den natürlichen Verlauf von Krankheiten, über echte und scheinbare Erfolge und über die klinische Relevanz von Diagnostik und Therapie-Optionen. Immer mit der Frage, was für Probleme schaffe ich (z.B. Überdiagnose und Überbehandlung), und kann ein realer Gewinn für den Patienten erzielt werden [2]? Die vorhandene Evidenz und deren kritische Analyse hilft uns in der Beurteilung, wie weit gängige Empfehlungen überhaupt Gültigkeit haben oder beim betreffenden Patienten besser ignoriert werden. Nicht abstrakte Normen und Durchschnittswerte, sondern eine grosse Variabilität machen die konkrete klinische Phänomenologie aus. Die Natur macht «Fehler». Ein Untersuchungsergebnis unterscheidet nicht zwischen pathologisch und normal, häufig ist es falsch positiv oder falsch negativ. Und eine richtig positive Pathologie unterscheidet nicht zwischen gesund und krank, einmal ist die identische Pathologie klinisch gutartig, ein andermal bösartig. Pathologien (mit ihren ICD-Diagnosen) sind fehlerhafte Surrogate für Krankheit, also ist eine unreflektierte Medizin der (Pathologie-) Kontrolle nicht nur endlos kostentreibend, sondern auch krankheitsfördernd. Ein Hausarzt betreibt Managed Care, wenn er seine Patienten durch den medizinischen Dschungel führt und durch seine persönliche Erfahrung und Überzeugungskraft vor Überdiagnose und Übertherapie bewahrt. Er kann diese Fähigkeit wahrscheinlich nur entwickeln durch die Kunst der genauen Anamnese, die einen Einblick in die gesunden und regenerativen Funktionen des Patienten erlaubt – und seine Angst vor unkontrollierten Pathologien korrigiert. Es braucht neben einem genaueren Wissen über die Natural History von Krankheitserscheinungen das eigene Erkennen und Verstehen, weil der Patient nie ganz dem Durchschnitt entspricht. Und die Fähigkeit, den Anblick von Leiden auszuhalten – und zu trösten, statt in nachteiligen Interventionsmus zu flüchten. Es ist schön zu sehen, dass sich die Erkenntnis von Kollege Sonntag mit meiner deckt: Ärzte brauchen Zeit in der Sprechstunde – um zu forschen und zu verstehen und um die jeweils gute Lösung zu finden. Managed Care soll keinen Zwang ausüben.

Dr. med. Johannes G. Schmidt,
Stiftung Paracelsus heute, Einsiedeln

1 Sonntag M. Jenseits von Managed Care. Schweiz Ärztezeitung. 2012; 93(19):729–30.

2 Schmidt JG. Früherkennung und Umgang mit Risikofaktoren. In: Kochen MM (Hrsg.). Allgemeinmedizin und Familienmedizin (Lehrbuch Duale Reihe, 3. Aufl.). Thieme Verlag, 2006; 25–38.

Triplik auf die Duplik
von Dr. med. Christoph Bovet

Ihre Duplik [1] veranlasst uns zu Klarstellungen und Präzisierungen:
Unsere Vorstandsmitglieder Lukas Guidon und René Mégroz sind seit Beginn Mitglieder des HAWA (Hausärztevereins Winterthur und Andelfingen), eben einem solchen Netzwerk, welches notabene teilweise mit Budgetverantwortung ausgestattet ist. Herr Kollege Raas kann da nicht Teilnehmer sein, weil es in den Gründungszeiten nicht gelang, die Psychiatrie als Leistung der Grundversorgung zu integrieren. Die intensive Auseinandersetzung mit der Managed-Care-Idee während dieser rund fünfzehn Jahre (teilweise mit Publikationen) führte eben genau zur Einschätzung in unserem Leserbrief. Die verunglimpfende Äusserung, wir hätten keine Ahnung, entbehrt somit jeglicher Grundlage. Solche Feststellungen halten wir auch deshalb stets für problematisch, da sie ja differentialdiagnostisch auch auf einen selbst zutreffen könnten.
Zusammengefasst möchten wir gerne festhalten: Die Komplizenschaft, ein unsoziales und antiliberales Gesundheitssystem zu unterstützen, lehnen wir ab. Unser Engagement gilt einer Gesundheitspolitik, die einer unabhängigen und liberalen Ärzteschaft weiterhin ermöglicht, eine soziale und verantwortbare Medizin zu betreiben. Unsere Vorschläge finden Sie auf www.fmgs.ch. Ein konstruktiver Dialog kann das schweizerische Gesundheitssystem massgeblich weiter entwickeln und damit tatsächlich Verantwortung für die anstehenden Fragen übernehmen. Die aktuelle Managed-Care-Vorlage verunmöglicht das.
Ökonomische Verantwortung im Kollektiv als Mediziner zu übernehmen, ist ein Unsinn und darf schon gar nicht über eine Zwangsvorlage gelöst werden. Wir beklagen, dass zunehmend Mediziner als Funktionäre für Kassen und Staat identifiziert und gefangen sind sowie selber zur Instrumentalisierung der Medizin greifen. Wir nehmen deshalb die Entwicklungen von Managed Care wie die Entwicklungen von DRG und weiteren Sparmassnahmen, z.B. in der Geriatrie, mit höchster Sorge wahr.

Dr. med. René Mégroz, Winterthur
Dr. med. Lukas Guidon, Winterthur
Marcel I. Raas, Winterthur
Vorstand freiberufliche medizinische GrundversorgerInnen Schweiz FMGS

1 Bovet C. Duplik Referendum gegen Managed-Care-Vorlage. Schweiz Ärztezeitung. 2012;93(18): 671.

Budgetmedizin – was ist die Alternative?

Sehr geehrter Herr Kollege Haldemann,
Es ist gut, dass Sie sich die Mühe nehmen [1], die Studie zu Kosteneinsparungen von Ärztenetzen von Beck, Kunz et al. [2] kritisch zu prüfen. Leider merkt man schnell, dass es Ihnen weniger um eine ausgewogene Wertung geht als darum, ihre politischen Ansichten zur Integrierten Versorgung unter die Leute zu bringen. Das ist schade.
Es ist auch schade, dass sie Ärztenetze und Integrierte Versorgung auf «Budgetmedizin» reduzieren. Ich vermute, dass Sie nie erlebt haben, welche Arbeit die Netze leisten und lade Sie freundlich ein, einmal an einem Qualitätszirkel oder an unserer ganztägigen Retraite teilzunehmen, um sich davon zu überzeugen. Sie könnten sehen, dass gerade dort jene kosten- und selbstbewussten Hausärzte gedeihen, auf die Sie vertrauen und die für unser Gesundheitswesen in der Tat von zentraler Bedeutung sind.
Und es ist erst recht schade, dass Sie Ihre ganze Kritikfähigkeit vergessen, wenn es um Alternativen geht: «Für Effizienzsteigerungen in der hausärztlichen Versorgung braucht es gesunden Wettbewerb ...» Welche Evidenz gibt es denn für diese Behauptung? Viel eher gibt es zahllose Indizien, dass der «gesunde Wettbewerb» zu technischem Wettrüsten, unsinnigen Angeboten der Medizin und Ausbeutung der Patienten führt. Gut, dass Sie wenigstens bei der dann notwendigen Rationierung mithelfen wollen. Und besonders interessant wären die von Ihnen erwähnten «neuen Lösungsansätze» gewesen, die nach Ablehnung der MC-Vorlage alles besser machen werden. Da ist mir der Spatz in der Hand sehr viel lieber ...

Dr. med. Hansueli Schläpfer,
Leiter Ärztenetz säntiMed, Herisau

1 Haldemann R. Bringt Budgetmedizin doch keine Einsparungen? Schweiz Ärztezeitung. 2012;93(17): 636–7.

2 Beck K., Kunze U. et al. Steigern Schweizer Ärztenetzwerke die Effizienz im Gesundheitswesen? Eine Analyse auf mittlere Frist. Forschungsbericht des CSS Institut für Empirische Gesundheitsökonomie; 2011 (www.css-institut.ch)

Replik auf den Leserbrief
von H. Schläpfer

Sehr geehrter Herr Kollege Schläpfer
Aufgrund des publizierten statistischen Zah-

lenmaterials zu der erwähnten ökonomischen Studie erscheinen die Einsparungen nicht signifikant. Was meine politischen Ansichten zur Gesundheitsreform angeht, bin ich ebenfalls der festen Auffassung, dass der koordinierten medizinischen Versorgung die Zukunft gehört. Für 85% der Versicherten ist der Hausarzt die erste Anlaufstelle und bereits 45% *(gemäss santésuisse 2010)* der Versicherten entscheiden sich schon heute freiwillig für ein Versicherungsmodell mit eingeschränkter Arztwahl, notabene freiwillig und ohne Budgetzwang. Der Wettbewerb scheint zu funktionieren. Allerdings sind es jüngere und gesündere Versicherte, die sich für ein solches Versicherungsmodell entscheiden. Dieser Umstand führt dazu, dass die Risikoselektion 3–4 Mal grösser ist als die effektiven Einsparungen. Managed-Care-Instrumente und -modelle sind willkommen, und auch gegen eine Budget(mit)verantwortung ist nichts einzuwenden, solange diese nicht mit einem tieferen Selbstbehalt gegenüber allen anderen Versicherungsformen bevorteilt wird. Es sollte nicht die Aufgabe des Staates sein, das beste Versicherungsmodell planwirtschaftlich zu definieren, sondern der Versicherten.
Der Terminus Budgetmedizin soll zum Ausdruck bringen, dass es um ärztliche Versorgung mit Budgetverantwortung geht. Es fördert das Verständnis und die Lesbarkeit des Artikels. Man kann ja nicht jedes Mal «intergrierende Versorgungsnetzwerke mit Budget(mit)verantwortung» schreiben. Da ich kein Freund von Abkürzungen bin, wählte ich diese Form. Es tut mir leid, wenn Sie dies als Reduktion empfunden haben. Sich mit dem Spatz in der Hand zufrieden zu geben, ist meines Erachtens in diesem Fall nicht die Lösung.
Kollegiale Grüsse

Dr. med. René Haldemann, Richterswil

Wollen Ärztenetzwerke das Geld der Kollegen?

Sehr geehrter Herr Kollege Huber
In Ihrem Artikel in der SÄZ [1] behaupten Sie vollmundig, dass Ärztenetzwerke nie Beiträge von ihren Partnerärzten einfordern – dass aber Beiträge von Labors und Spezialisten ohne Hemmungen verlangt werden, ist Ihnen sicher entgangen. Dass diese in den Rang eines «preferred providers» (sind das keine Partnerärzte?) aufsteigen können, belege ich im Folgenden:
Ich zitiere aus einem Schreiben von LUMED vom 11.2.2008: «Sie haben dabei kurz Gelegenheit, Ihr Institut unserem Ärztenetzwerk vorzustellen und uns ein Angebot, beinhaltend Service- und Dienstleistungen und geldwerte Vorteile zu unterbreiten ...
Die so unserem Ärztenetzwerk zur Verfügung gestellten Gelder werden gemäss der *Charta für den Umgang mit Zuwendungen in Ärztenetzwerken* verwendet ... »
Anders ausgedrückt: Wer viel Rückvergütung auszahlt, wird «preferred provider»! Da diese Gelder in die Kasse des Netzwerkes fliessen, ist es scheinbar nicht verboten, obwohl die Gelder nicht den Patienten direkt zugute kommen – wenn ich aber als Spezialist das Gleiche mit einzelnen Kollegen vereinbare, handelt es sich um ein Offizialdelikt, und ich lande im Gefängnis!
Pikanterweise ist nun (dafür habe ich leider keine schriftlichen Beweise) das Kantonsspital Luzern als öffentliches, subventioniertes Spital mit LUMED diese Vereinbarung eingegangen und zahlt eine Rückvergütung von 10% an das Netzwerk, nicht an die Patienten. Wenn nun auch noch ein aussenstehender Buchhalter Aktien an ebendiesem Netzwerk besitzt, fliessen also Gelder von Patienten an fremde Unbeteiligte, die sich elegant am Gesundheitssystem bereichern können!
Oder rechnen Sie sich als Mitglied von der selbsternannten Qualitätskontrolle EQUAM gar noch zusätzliche Gelder aus dieser Quelle aus?
So betrachtet, dienen Netzwerke also hauptsächlich dem Ausnehmen von Kollegen und keineswegs der vielgerühmten Qualität oder dem Nutzen der Patienten.

Dr. med. Silvio Marugg, Luzern

1 Huber F. Rückwärts in die Zukunft? Schweiz Ärztezeitung. 2011;92(42):1608.

Wo bleibt der Facharzttitel Palliativpflege?

Ich möchte Dr. R. Kunz ganz herzlich danken für seinen ausgezeichneten Artikel über Lebens- und Sterbenswünsche bei unheilbaren Krankheiten [1]. Besonders die Aussage, dass ein Mensch nur Selbstbestimmung ausüben kann, wenn er «umfassende Informationen über Prognose, mögliche Komplikationen, Behandlungsoptionen und -grenzen sowie Unterstützungsmöglichkeiten» erhält, halte ich für extrem wichtig. Wenn ich Patienten erstmals mit dem Thema Lebensende konfrontiere, wissen viele Menschen nicht, was Palliativmedizin wirklich beinhaltet und was ein Hospiz bietet. Von palliativer Sedation hat sozusagen niemand eine Ahnung. Es besteht dringender Informationsbedarf.
Dies aber nicht nur bei den Patienten, sondern ebenfalls bei den Ärzten. Ich hatte in meiner Ausbildung zur Hausärztin kein Fach «Palliative Care», und auch heute wird diese Sparte noch stiefmütterlich behandelt.
Wo bleibt der Facharzttitel Palliativpflege? Mit zunehmender Überalterung wird Palliativpflege zu Hause wichtiger, denn die kommende Generation der Pflegebedürftigen ist nicht mehr der geduldige Patient von gestern, sondern der wohlinformierte Kunde von morgen.
Ganz besonders überrascht hat mich das mutige Fazit von Herrn Kollege Kunz: «Erst wenn wir mit gutem Gewissen sagen können, dass diese Ziele erreicht sind, können wir auch mit gutem Gewissen Suizidbeihilfe für Patienten mit persistierendem Sterbewunsch unterstützen.» Unsere selbstbewussten Betagten brauchen mehr Ärzte wie Sie, Herr Kunz, damit sie wirklich in Selbstbestimmung Abschied nehmen können.

Dr. med. Erika Preisig, Biel-Benken

1 Kunz R. Lebens- und Sterbewünsche bei unheilbarer Krankheit. Schweiz Ärztezeitung. 2012;93(18):669–70.

Neo-Neuro-Theologie

Zum Artikel von T. Knecht [1] und dem Kommentar von J. Kesselring [2]

Der Messbarkeitswahn scheint auch eine genetisch fixierte Eigenschaft des Homo sapiens zu sein. Neue bildgebende oder Gehirnströme erfassende Verfahren haben Reduktionisten (terribles simplificateurs) immer wieder dazu verleitet, mit ihren Befunden beweisen zu wollen, dass «freier» Wille, Liebe oder eben auch Religiosität nichts anderes als physiologische Produkte seien. Amerikanische Psychologen ersannen gar noch den SBI-15R-Schnelltest, mit dem sich die Glaubensstärke genau berechnen lasse. God spot wird zum Gottes-Spott.
Wie und wo der Klang eines Klaviers zustande kommt, kann man heute mit physikalischen Gesetzen der Mechanik und oszillografischer Darstellung der Schallwellen exakt erklären. Niemand wird deshalb behaupten wollen, die Musik von Mozart sei nichts anderes als ...

Dr. med. Bernhard Gurtner, Wetzikon

1 Knecht T. Neurotheologie – empirische Forschung an der Nahtstelle zwischen Wissen und Glauben. Schweiz Ärztezeitung. 2012; 93(20/21):784–6.
2 Kesselring J. Opfer einer irgendwie gearteten Hirnaktivität? Schweiz Ärztezeitung. 2012; 93(20/21):787.

AHV-Nummer im EPDG – ein Sturm im Wasserglas

Mit Erstaunen habe ich die Ausführungen von J. Wagner und H. Kuhn zum Thema Verwendung der AHV-Nummer im Medizinbereich gelesen [1].

Aus familiären Gründen halte ich mich häufig in Schweden auf, wo die Sozialversicherungsnummer seit jeher auch im (staatlichen) Gesundheitswesen verwendet wird, ohne dass sich jemand daran stösst. Mehr noch, in Schweden sind die elektronischen Patientendossiers zentral gespeichert und können, entsprechende Rechte vorausgesetzt, von Medizinalpersonen und der staatlichen Versicherungskasse eingesehen werden.

Nun ändert leider eine proprietäre Nummer zur Identifikation eines «medizinischen Individuums» nichts an der grundsätzlichen Problematik, dass vorhandene Unterlagen mit entsprechender Berechtigung eingesehen werden können. Dabei ist die Kenntnis einer Nummer nicht einmal notwendig – mit der Eingabe öffentlich zugänglicher Informationen zu einer Person in die Suchmaske sind auf Servern lagernde medizinische Dossiers für alle Berechtigten auffindbar. (Oder fordern Sie im Noch-Papierzeitalter Berichte mit ausschliesslicher Angabe der AHV-Nummer an?)

Dass die AHV-Nummer weder eindeutig noch anonym sei, ist kein Argument für das Kreieren einer neuen Nummer neben den vielen, die heute schon die unsägliche Versichertenkarte zieren: Auch bei «Patientennummern» wird es zu Mehrfachvergaben und Doppelbelegungen kommen, und mit etwas Recherche kann jede Nummer einem Mitbürger zugeordnet werden – die Krankenkassen zumindest würden die Nummern ihrer Versicherten zu erfahren wissen!

Das eigentliche Problem wird, wie so oft, nur in Nebensätzen erwähnt: Das Arztgeheimnis wird heute schon von Behörden und Versicherungen geritzt, die aus mehr oder weniger legitimen Gründen Teilauszüge aus Patientenjournalen einsehen (dürfen). Anschauliches Beispiel für diese Problematik ist die Diskussion um das Einsichtsrecht der Krankenversicherer in die Patientendossiers im Rahmen der Swiss-DRG.

Die Juristen wären gut beraten, sich Gedanken zu machen, wie der berechtigte Wunsch des Patienten nach Schutz seiner Privatsphäre rechtlich stringent umsetzbar ist, statt uns Medizinern vorschreiben zu wollen, wie wir unsere Aufzeichnungen kennzeichnen müssen. Eine neue Patientenidentifikationsnummer erweitert bloss die Medizinalbürokratie und kostet Millionen – für Nümmerliadministration, Anpassung der gesamten medizinischen Software und Abgleich der bereits bestehenden Datenbanken. Immerhin, auch das wäre ein Weg zur Aufrechterhaltung der Vollbeschäftigung!

Dr. med. Rudolf Stauffer, Zürich

1 Wagner J, Kuhn H. Ist die AHV-Nummer ein taugliches Instrument zur Identifikation von Patienten? Schweiz Ärztezeitung. 2012;93(18):662–6.

Communications

Examen final pour l'obtention de l'Attestation de formation complémentaire en médecine manuelle (SAMM) et de l'affiliation à la SAMM

La société médicale suisse de médecine manuelle organise en novembre 2012 l'examen final pour l'obtention de l'Attestation de formation complémentaire en médecine manuelle (SAMM) et de l'affiliation à la SAMM.

Lieu et date: vendredi, le 9 novembre 2012 (l'après-midi), samedi, le 10 novembre 2012
Clinique pour la rheumatologie, Hôpital de l'Ile, Hôpital Universitaire de Berne

Inscriptions jusqu' au 24 septembre 2012 auprès du
Secrétariat SAMM, Röschstr. 18, 9006 St-Gall, tél. 071 246 51 81, fax 071 246 51 01

Taxe d'examen: La SAMM prélève une participation aux frais de 500 francs.

Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie de la Personne Agée (SPPA)

Prix Jean Wertheimer 2013

Le Professeur Jean Wertheimer (1933–1999) fut un pionnier dans le domaine de la psychiatrie de la personne âgée. En 1971, il fut appelé à l'université de Lausanne pour y occuper la première chaire de psychiatrie de la personne âgée en Suisse. Il contribua à mettre en place une psychiatrie de la personne âgée reconnue dans le monde entier. Par la suite, il fut président de la Geriatric Psychiatry Section de l'OMS. En son honneur, la Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie de la Personne Agée a créé un prix d'encouragement pour récompenser des travaux prestigieux, des projets novateurs majeurs ou des objectifs éthiques dans l'esprit de Jean Wertheimer dans le domaine de la psychiatrie de la personne âgée en Suisse. Ce prix sera décerné tous les deux ans. La somme du prix s'élève à 5000 francs.

Les travaux et projets adéquats peuvent être envoyés *jusqu'au 30 novembre 2012* au Professeur Urs P. Mosimann, Directeur en Psychiatrie de la Personne Agée, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern, Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie, Murtenstrasse 21, 3010 Berne. Les travaux soumis doivent avoir été menés principalement en Suisse.

Vous trouverez toutes les informations utiles et le règlement de concours sur le site de la Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie de la Personne Agée: www.sgap-sppa.ch

Grete Lundbeck European Brain Research Foundation

Grete Lundbeck European Brain Research Prize: 1 000 000 Euro

The Brain Prize is to be awarded for the third time in May 2013.

The Prize recognizes highly original and influential advances in research on the nervous system. If several researchers have contributed significantly to this achievement, more than one individual may receive the Prize. Nominees can be of any nationality but the research for which they are nominated must have been conducted in Europe or in collaboration with researchers in Europe.

Further informations: www.thebrainprize.org

Konferenz Schweizerischer Gefängnisärzte / Conférence des médecins pénitentiaires suisses

Jahrestagung 2013

Die Jahrestagung 2013 findet am 25./26. Januar 2013 in der Ostschweiz, im Kanton Thurgau statt. Thema sind «Schnittstellen Justizvollzug-Medizin-Politik» mit Blick über die Gefängnismauern und Besuch der Empfangsstelle für Asylbewerber in Kreuzlingen, wo ähnliche

Probleme anstehen wie im Strafvollzug. Braucht es gesetzliche Grundlagen, Verordnungen, Verträge für den Gefängnisarzt, wenn ja, was sollen diese beinhalten? Die Generalversammlung wird in der geschichtsträchtigen Nachbarstadt Konstanz stattfinden, die wissenschaftlichen Vorträge am Samstagvormittag in der schön gelegenen Psychiatrie auf der Seeseite in Münsterlingen. Mitglieder und weitere Interessierte sind herzlich eingeladen. Webseite im Aufbau. Weitere Auskünfte beim Organisator, Tel. 076 462 47 15 oder: wlang[at]sunrise.ch

physioswiss

La physiothérapie se dote d'une spécialisation

Lors de son Assemblée des délégués qui s'est tenue le 12 mai 2012 à Genève, l'Association Suisse de Physiothérapie a nommé les premiers physiothérapeutes ayant obtenu le titre de spécialiste clinique physioswiss. Les physiothérapeutes de Suisse ont pour la première fois la possibilité de documenter leur expérience clinique et leur formation continue dans un portfolio pour les faire reconnaître officiellement par leur association professionnelle.
Le titre de spécialiste clinique physioswiss récompense la formation professionnelle de toute une vie. Il permettra désormais de mieux aiguiller patients et médecins à la recherche d'un physiothérapeute spécialisé dans un domaine précis. Les physiothérapeutes pourront choisir de se spécialiser dans les six domaines suivants: physiothérapie générale, musculosquelettique, neuromotricité, pédiatrie, gériatrie, organes internes et vaisseaux. Le contenu de la formation donnant droit au nouveau titre a été élaboré en collaboration avec les Hautes Ecoles Spécialisées. Les modalités d'obtention du titre de spécialiste clinique physioswiss sont détaillées dans un dossier de carrière disponible pour tous les physiothérapeutes auprès de physioswiss à partir de septembre 2012.

Pour plus d'informations: www.physioswiss.ch

Film

Im Film von Georges Gachot wird das Engagement des Arztes und Künstlers Beat Richner alias Beatocello gewürdigt.

L'Ombrello di Beatocello im Kino

Seit 1966 verfolgt der Regisseur Georges Gachot die Geschichte des Arztes und Cellisten Beat Richner und seiner Kinderspitäler in Kambodscha. Er hat bereits vier Filme realisiert, die weltweit gezeigt wurden.
Gachots neuester, aktuell schweizweit im Kino zu sehender Film *L'Ombrello di Beatocello* zeichnet ein Porträt des mittlerweile 64-jährigen Richner und geht dabei bis zu den Ursprüngen seiner Idee zurück, die bereits in den Siebzigerjahren des vergangenen Jahrhunderts entstand. Der damals in Zürich lebende Richner schuf in dieser Zeit die Bühnenfigur «Beatocello», einen «Musik-Clown», mit dem er einen grossen Bekanntheitsgrad erreichte.
Der Film berichtet über ein aussergewöhnliches humanitäres und künstlerisches Engagement. Beatocello bzw. sein Alter Ego Beat Richner haben in 20 Jahren fünf Spitäler initiiert und kostenlos über 10 Millionen kambodschanische Kinder behandelt. Das alles wäre ohne private Spender nicht möglich gewesen, die die Projekte mit insgesamt 400 Millionen Franken unterstützt haben. Der Film erzählt folglich auch ihre Geschichte, die Geschichte jener Menschen, die dem Künstler und Idealisten namens Beatocello zuhörten und dem Arzt namens Richner die Mittel gaben, um Leben zu retten und seine Vision umzusetzen.
L'Ombrello di Beatocello läuft zurzeit in verschiedenen Deutschschweizer Kinos und wird demnächst auch in der Romandie und im Tessin zu sehen sein. Nähere Angaben unter www.lombrellodibeatocello.com

Fondation Suisse pour l'Orphelin

La réalisation d'un rêve

Très estimés confrères et consœurs,
Désireux de partager avec vous la réalisation d'un rêve de toute une vie, celui d'un orphelin fribourgeois – votre serviteur – devenu médecin généraliste, musicien (pianiste et artiste lyrique), écrivain et pèlerin de Saint Jacques, j'eus l'idée en compagnie d'autres artistes de mettre sur pied un spectacle Gala (opéra-théâtre) mélangeant différents styles tels que l'opéra, le théâtre, la musique afin de réunir les fonds nécessaires à la création de la «Fondation Suisse pour l'Orphelin». Cette fondation aura pour vocation de venir en aide à mes frères et sœurs orphelins extirpés de leurs familles pauvres (eugénisme). Ceux-ci furent placés arbitrairement dans différents orphelinats, chez des paysans ou simplement en prison où ils connurent la misère et la souffrance de leur nouvelle condition.
100 000 d'entre eux ont survécu à cet holocauste qui concernait 300 000 êtres humains. Ils vivent aujourd'hui dans une grande détresse sociale, matérielle et psychologique. Ils ont besoin de nous... tout de suite.
La première réalisation de la Fondation Suisse pour l'Orphelin consistera en la création d'un centre d'accueil en Suisse romande. Pour ce faire, il est indispensable de recueillir les fonds nécessaires à sa réalisation. C'est pourquoi, ce Gala-spectacle gratuit (financé par un orphelin devenu un artiste peintre de renom: Walter Mafli, mais aussi par d'autres donateurs) permettra de mettre en place ladite structure d'accueil.
Aussi, nous serions très heureux de vous inviter, vous, votre famille, vos amis et relations à ce Gala opéra-théâtre à l'issue duquel, un «chapeau» placé à la sortie, vous permettra de participer à la réalisation de ce noble projet. Dans l'attente de ce grand moment de partage autour de l'art mis au service de la condition humaine, je vous adresse au nom «des miens» un chaleureux et fort remerciement pour votre future et généreuse participation.

Au plaisir de vous retrouver au Théâtre du Léman à Genève.

Votre confrère, Docteur P.-A. Savary

«L'Epopée de Don Giovanni» – Gala le 14 juin 2012 à 20.00 h au Théâtre du Léman à Genève

(Informations additionnelles: www.pa-savary.com)