

# Briefe an die SÄZ

## «Hausarztmedizin durch Fachärzte» und «Qualität» – was ist gemeint?

### Zum Interview von Petra Seeburger «Qualität soll sich auszahlen» [1]

Das Interview von Petra Seeburger stiess erfreulicherweise auf grosses Interesse! In diesem Zusammenhang sind zwei Klärungen wichtig.

1) Frau Linder schreibt: «Die Allgemeinmediziner der meisten europäischen Länder absolvieren hingegen nur eine dreijährige Weiterbildung.» Wenn sie mit «Allgemeinmediziner» generell die Hausärzte in den EU-Ländern meint, ist diese Aussage falsch: In EU-Ländern mit fortgeschrittenen Gesundheitssystemen absolvieren die meisten Hausärzte eine strukturierte Weiterbildung (WB) auf Facharzt-Niveau von mehr als drei Jahren.

Wenn sie mit «Allgemeinmediziner» den Arzt für «Allgemeinmedizin» nach EU-Notifikation meint (Euro-Doc mit 3-jähriger WB), dann liegt sie richtig. Wie in der Schweiz mit dem praktischen Arzt gibt es in allen Ländern der EU auch den Allgemeinmediziner ohne strukturierte WB.

2) Eva Kaisers Bezeichnung des Hausarztes als «Spezialist fürs Komplexe» finde ich sehr treffend. Die Aussage «Schweizer Fachärzte für «Allgemeine Innere Medizin» haben eine sehr gut fundierte und breite Weiterbildung» meint wohl in «Hausarztmedizin», muss aber

vorerst ergänzt werden mit «in allgemeiner Innerer Medizin». Solange das WBP AIM für die «Laufbahn Hausarzt» keine spezifische Pflicht-WB kennt, ist die Qualität nicht gesichert und wir werden mit der paradoxen Situation leben müssen, dass der «praktische Arzt» oft über eine gute hausärztliche Weiterbildung verfügt, beim Allgemeininternisten/Praxisinternisten eine solche aber völlig fehlen kann. Das ist stossend und, wie Kollege Dieudonné in seinem Leserbrief schreibt, wenn es dann um Tarifrfragen geht, diskriminierend [2].

Berufsverband und Fachgesellschaft sind ohne Frage gefordert. Die Ingredienzien einer qualitativ guten hausärztlichen Weiterbildung sind seit über 30 Jahren bekannt: eine Basis-WB mit interdisziplinärer stationärer WB (Innere Medizin, Chirurgie, Notfallversorgung) und Praxisassistenten, sowie eine Aufbau-WB mit möglichst breiter klinischer Kompetenz, wie es viele andere Länder mit modernen Gesundheitssystemen kennen [3]. Nach unserer Erfahrung mit den Praxisassistenten (bis heute 14) spürt die aktuelle Pflicht-WB des WBP AIM viel zu stark in Richtung stationärer internistischer WB und erschwert dem zukünftigen Hausarzt den Zugang zu einer adäquaten WB. Denkbar und einfach zu realisieren wäre als erster Schritt z.B. eine Pflicht-WB von 6 Monaten Praxisassistenten und 6 Monaten Kompetenz in Notfallversor-

gung, anstelle des für Hausarztmedizin nicht zielführenden Pflichtjahres in einer A-Klinik. Der Fokus wäre richtig gestellt und die Hürden für eine adäquate WB viel tiefer. Vor allem auch für Ärztinnen mit Kindern, einer wichtigen Ressource für Hausarztmedizin! Und der FA-Titel AIM für viele der Kollegen mit dem WB-Titel Praktischer Arzt wäre leicht zu erreichen.

*Dr. med. Franz Marty, Chur*

- 1 Seeburger P. Qualität soll sich auszahlen. Schweiz Ärztezeitung. 2015;96(4):91–3.
- 2 Dieudonné M. Gleiches Geld für gleiche Arbeit in der Grundversorgung! Schweiz Ärztezeitung. 2015;96(8):267.
- 3 Djalali S, Rosemann T. Das perfekte Curriculum für Hausarztmedizin – wer hat's erfunden? Primary-Care. 2012;12(15):290–3.

## Medizinische Terminologie in mehrsprachigen Ländern: die Schweiz als Vorbild für Osteuropa

Es ist naheliegend, das Problem der medizinischen Terminologie in einem mehrsprachigen Land in der Schweizerischen Ärztezeitung anzusprechen, obwohl es in den Amtssprachen des Bundes seit Jahrhunderten etablierte Terminologien gibt, die von den jeweiligen Fachleuten verstanden werden. In der Ukraine ist die Situation anders. Die Ukrainische Sowjetrepublik wurde aus

## Aktuelle Forumthemen

Jetzt online mitdiskutieren auf [www.saez.ch](http://www.saez.ch)



PD Dr. med. Hans Göschke, pensionierter Internist

### Fluglärm

Gesundheitsschäden bei Fluglärm



Hansjakob Müller, Prof. em. für Medizinische Genetik an der Universität Basel

### Stammbaumanalyse

Familienanamnese in der medizinischen Diagnostik – überholt, unverlässlich, aufwendig, unwirtschaftlich?

linguistisch verschiedenartigen Teilen zusammengesetzt; einige Gebiete waren fast ausschliesslich russischsprachig, andere zweisprachig russisch und ukrainisch. Nur in der Westukraine, in Ostgalizien, gibt es Leute mit eingeschränkten russischen Sprachkenntnissen, sonst beherrscht die ganze ukrainische Bevölkerung die russische Umgangssprache. Obwohl die volkstümliche ukrainische Sprache der russischen nahe verwandt ist, wurde das literarische Ukrainisch auf einer mundartlich-volkstümlichen Basis mit Einbeziehung von Entlehnungen aus dem Polnischen geschaffen. Für die Erweiterung der wissenschaftlichen Terminologie sind viele Neologismen erfunden worden. Dasselbe ist auch in anderen slawischen Ländern (Jugoslawien, Tschechoslowakei, zum Teil auch Polen) zustande gekommen, wo statt der existierenden deutschen oder russischen medizinischen Terminologie eine neue ortständige entwickelt bzw. erfunden wurde. Zugegebenermassen wurde in den genannten Gebieten auch die lateinische Terminologie benutzt, während viele neuerfundene Krankheiten und Syndrome englische Namen erhielten. Jedenfalls wurde die professionelle Kommunikation durch die Erfindung von Nationalterminologien beeinträchtigt. Ein Teil der Russen und Ukrainer vertritt die Meinung, dass es trotz der Unterschiede zwischen beiden Sprachen keine Notwendigkeit gab, eine eigene medizinische Terminologie mit einem dazugehörigen Wortschatz zu schaffen. Das

wird auch durch die Erfahrung grosser europäischer Sprachen bestätigt, wo die Unterschiede zwischen bestimmten lokalen Dialekten erheblicher sind, als diejenigen zwischen Russisch und Ukrainisch. Dennoch kam es zur Entstehung einer neuen Terminologie, die zwar nicht vollständig ist, jedoch einen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt, indem sie für Veröffentlichungen zu speziellen Themen benutzt wird [z.B. 1]. Es soll schwierig sein, ein wissenschaftliches Werk auf Ukrainisch zu schreiben, und erfahrungsgemäss ist es auch schwierig, solche Werke zu lesen und zu begreifen. Viele ukrainische Fachbegriffe, oft Neologismen, sind vom Russischen her kaum zu verstehen. Die Wörterbücher sind knapp und qualitätmässig nicht perfekt, was das Lesen der medizinischen Dokumentation und der Fachliteratur erschwert bzw. auch verhindert. Eine obligatorische Einführung der ukrainischen Sprache als der einzigen Amtssprache, auch in der Verwaltung und im Gesundheitswesen, ist deswegen kontraproduktiv. Heute könnte die Ukraine unter Beibehaltung der ukrainischen Sprache überall dort, wo die Träger derselben dies wünschen, zum kulturellen Treffpunkt zwischen der deutsch- und slawisch-, einschliesslich der russischsprachigen Kultur werden, was auch für die Wissenschaft und das Gesundheitswesen von Vorteil sein würde. Nach dem Vorbild der Schweiz wäre es heute für das Gesundheitswesen und die Patienten in der Ukraine besser, die bereits in

grossen europäischen Sprachen vorhandenen Terminologien zu benutzen, als eine neue auf Ukrainisch zu entwickeln. Über die Rückstände in der medizinischen Praxis und Forschung, die mit einem eingeschränkten Zugang zur internationalen medizinischen Fachliteratur verbunden sind, wurde bereits früher berichtet [2]. «Ein Missverständnis ist es, und wir gehen daran zugrunde» (Franz Kafka).

*Dr. med. Sergej Jargin, Moskau*

- 1 Vozianov SO, Boyko SO, Romanenko AM. Nova shkala otsinki gistologichnikh zmin slizovoi obolonki sechovogo mikhura pri khronichnomu tsistiti (English title: New scale of value of histology changes of urinary bladder mucosa at chronic cystitis). *Naukovii visnik Uzhgorods'kogo universitetu; seriya Meditsina* 2009;(35):99–102.
- 2 Jargin SV. Eingeschränkter Zugang zur internationalen medizinischen Fachliteratur in der ehemaligen Sowjetunion. *Wiener Med Wochenschr.* 2012;162:272–5.

## Briefe

Reichen Sie Ihre Leserbriefe rasch und bequem ein. Auf unserer neuen Homepage steht Ihnen dazu ein spezielles Eingabefeld zur Verfügung. Damit kann Ihr Brief rascher bearbeitet und publiziert werden – damit Ihre Meinung nicht untergeht. Alle Infos unter:

[www.saez.ch/autoren/leserbriefe-einreichen/](http://www.saez.ch/autoren/leserbriefe-einreichen/)

# Mitteilungen

## Facharztprüfung

**Facharztprüfung zur Erlangung des Facharztstitels Endokrinologie/ Diabetologie**

Ort: CHUV, Lausanne

Datum: 20. November 2015

Zeit: schriftliche Prüfung: 8.30–12.30 Uhr, mündliche Prüfungen: 14.00–17.00 Uhr

Anmeldefrist: 20. September 2015

Weitere Informationen finden Sie auf der Website des SIWF unter [www.siwf.ch](http://www.siwf.ch) → Fachgebiete → Facharztstitel und Schwerpunkte (Weiterbildung) → Endokrinologie/ Diabetologie

## Schweizerische Gesellschaft für Klinische Neurophysiologie

**Prüfung zur Erlangung der Fähigkeitsausweise Elektroenzephalographie (SGKN), Elektoneuromyographie (SGKN) und Zerebrovaskuläre Sonographie (SGKN)**

Zur Erlangung der Fähigkeitsausweise Elektroenzephalographie (SGKN), Elektoneuromyographie (SGKN) und Zerebrovaskuläre Sonographie (SGKN) ist neben den übrigen Voraussetzungen, welche im Internet unter [www.fmh.ch](http://www.fmh.ch) abrufbar sind, eine abschliessende theoretische und praktische Prüfung obligatorisch.

Kolleginnen und Kollegen, welche sich für die Prüfung anmelden, werden gebeten, die erforderlichen Unterlagen beizulegen. Die Anmeldeformulare können auf der

Website [www.sgkn.ch](http://www.sgkn.ch) unter der Rubrik Prüfungen aufgerufen werden.

Datum: Donnerstag und Freitag, 26./27. November 2015

Ort: Universitätsspital Zürich, Neurologische Klinik

Gebühr: Mitglieder der SGKN: 700 CHF, Nichtmitglieder der SGKN: 1200 CHF

Anmeldung: Geschäftsstelle SGKN, Frau Christa Kubat, Blumenweg 13, 5036 Oberentfelden, Tel. 062 723 42 80, Fax. 062 723 42 81, [sgkn\[at\]bluewin.ch](mailto:sgkn[at]bluewin.ch), [www.sgkn.ch](http://www.sgkn.ch)

Anmeldefrist: 30. September 2015

Es können pro Disziplin max. 32 Kandidaten/-innen geprüft werden. Die Anmeldungen werden nach dem Eingangsdatum berücksichtigt.

### Allergiestiftung Ulrich Müller-Gierok

#### Unterstützung für klinische Studien

Die Stiftung unterstützt alljährlich Studien in klinischer Allergologie in der Schweiz mit insgesamt bis zu 500 000 Franken pro Jahr. Gesuche für die Unterstützung müssen mit entsprechender Dokumentation bis *15. Juni 2015* bei der Geschäftsführung der Stiftung eingegeben werden. Detaillierte Angaben zur Gesuchstellung finden Sie auf der Homepage der Schweizerischen Gesellschaft für Allergologie und Immunologie [www.ssai.ch](http://www.ssai.ch), Link Stiftungen.

Der Stiftungsrat wird bis Ende September 2015 über die Unterstützung entscheiden.

### Schweizerische Gesellschaft für Gastroenterologie / Schweizerische Gesellschaft für Viszeralchirurgie / Schweizerische Vereinigung für das Studium der Leber

#### Preise und Stipendien 2015: Korrigendum

Die Schweizerische Gesellschaft für Gastroenterologie (SGG/SSG), die Schweizerische Gesellschaft für Viszeralchirurgie (SGVC/SSCV) und die Schweizerische Vereinigung für das Studium der Leber (SASL) verleihen anlässlich der Jahrestagung 2015 in Interlaken folgende Preise und Stipendien:

- **Gastroenterologie-Preis** in der Höhe von 10 000 CHF, gestiftet von der Firma Merck, Sharp & Dohme MSD
- **Hepatology-Preis** in der Höhe von 10 000 CHF, gestiftet von der Firma Gilead Sciences Switzerland Sàrl
- **Surgery-Prize** in der Höhe von 7500 CHF, gestiftet von der Firma Takeda Pharma AG

- 10 Ethicon Travel Awards in der Höhe von je 750 CHF, gestiftet von der Firma Johnson & Johnson
- 3 Posterpreise (3 Abonnemente), gestiftet von der Firma S. Karger
- **AbbVie-Grant** in der Höhe von 50 000 CHF, gestiftet von der Firma AbbVie AG

Für die Preise erfolgt die Eingabe elektronisch bis *31. Mai 2015*, für den Grant bis *15. Juni 2015* unter [www.sgg-sgvc-congress.ch](http://www.sgg-sgvc-congress.ch)

### Cochrane Insurance Medicine

#### Neue Ressource für evidenzbasierte Versicherungsmedizin

Cochrane Insurance Medicine, eine internationale Initiative der asim, Swiss Academy of Insurance Medicine, Unispital Basel, hat sich das Ziel gesetzt, mit hochwertiger Evidenz eine evidenzbasierte versicherungsmedizinische Praxis zu fördern ([www.insuremed.cochrane.org](http://www.insuremed.cochrane.org)). Traditionell treffen Gutachter, Sachbearbeiter und andere Fachleute in den Versicherungen ihre Einschätzungen und Entscheidungen über Krankschreibung und Invalidität auf der Grundlage von Fachwissen und Erfahrung. Wissenschaftliche Erkenntnisse spielt dabei oft nur eine sehr begrenzte Rolle. Die beteiligten Akteure – Sozialversicherer, Rechtssprecher, Ärzteschaft und Patientenorganisationen sowie die Gutachter selbst – fordern eine stärkere Berücksichtigung von Forschungsevidenz.

Die internationale Cochrane Collaboration unterstützt mit hochwertigen, relevanten und gut zugänglichen systematischen Reviews evidenzbasierte Entscheidungen in allen Berei-

chen der Gesundheitsversorgung. Das Feld Cochrane Insurance Medicine mit den Schwerpunkten Krankschreibung, Begutachtung von Invalidität, berufliche Wiedereingliederung und Risikobewertung möchte systematische Reviews mit Bezug zur Versicherungsmedizin verfügbar machen und die Erstellung von hochwertigen Reviews fördern. Eine gute Zusammenarbeit mit Akteuren in der Versicherungsmedizin soll sicherstellen, dass das Wissen auch in der Praxis ankommt.

Unter Leitung von Prof. Regina Kunz, Direktorin der asim, haben klinische Forscher von fünf international etablierten Institutionen (Universität Basel / Unispital Basel, Schweiz; Forschungszentrum für Sozialversicherungsmedizin, KCVG, Niederländisches Akademisches Zentrum für Versicherungsmedizin, DACIM, Niederlande; McMaster Universität, Kanada; Karolinska Institut, Schweden) Cochrane Insurance Medicine auf den Weg gebracht. Nationale und internationale Sozial- und Privatversicherer, wissenschaftliche Institute und Berufsverbände unterstützen die Initiative. Cochrane Insurance Medicine hat folgende Prioritäten gesetzt:

- Bereitstellung von hochwertiger Evidenz für Gutachter und nicht-ärztliche Entscheidungsträger in den Versicherungen, um evidenzinformierte Begutachtungen und Entscheidungen zu fördern.
- Gute Kommunikation mit den Akteuren in den Sozial- und Privatversicherungen, um die Bereiche mit dem grössten Evidenzbedarf zu identifizieren.
- Unterstützung von versicherten Personen und Patienten mit Evidenz, die den Genesungsprozess und die Rückkehr an den Arbeitsplatz fördert.