

# Briefe an die SÄZ

## Alles ist mit allem verbunden

### Ein Kommentar zum Artikel

#### «Bewusstsein» von E. Taverna [1]

Das Ich-Bewusstsein ist in erster Linie eine Erfahrungstatsache. Unser Bewusstsein ist grundlegend beteiligt an der Entschlüsselung des Universums und seiner Selbst. Die neue Physik, wie sie Nassim Hamein vertritt, ist massgebend beteiligt an dieser Entschlüsselung. Er hat die Theorie eines einheitlichen, fraktalen und holografischen Universums aufgestellt. Sein Paper «Quantum Gravity and the Holographic Mass» brachte erfolgreich eine Peer Review hinter sich. Er beschreibt ein Einheitsfeld aus reiner Energie, das Vakuumfeld, durch welches alle Dinge im Universum miteinander verbunden sind und aus dem alles entsteht. (In der christlichen Theologie entspricht das dem Gott-Vater-Prinzip.) Materie, wie wir sie uns immer vorgestellt haben, gibt es nicht. Sie ist 99.999 Prozent leerer Raum. Hamein untersucht diesen Raum, er untersucht nicht die kleinsten Teilchen, sondern nach der Struktur dieses Raumes. Er sagt, dass die Physiker im CERN das Higgs-Boson auch als eine Fluktuation des Vakuumfeldes sehen. Er stellt fest: «Wir beobachten nur Unterteilungen eines einheitlichen Feldes.» In Hameins Theorie, die er exakt berechnen kann, ist alles mit allem verbunden. Der Raum ist kein leeres Behältnis, sondern ein hochenergetisches Feld, welches die Grundlage aller materiellen Strukturen darstellt. Das entspricht auch der Annahme von Sir J. Eccles' Quantensuppe, aus der wir unsere Realität schöpfen und erstarren lassen. Nahtoderfahrene bestätigen die neue Physik, sie erleben die Verbundenheit mit allem, was ist, und mit dem Allwissen. Wenn die linke Hirnhälfte ausfällt, wie es bei der Anatomistin Jill Bolte Taylor u.a. geschehen ist, erfahren wir die Einheit. All diese Erfahrungen sind Ausweitungen unseres Bewusstseins in die Einheit. Das Ich-Bin hat sich nicht verändert, sondern nur den Ballast, den wir in den Spiegelneuronen gespeichert haben, hinter sich gelassen. Das Ich-Bewusstsein erkennt sich als Teil des grossen Ganzen. Es erlebt das «Ich bin Du». Es ist Schöpfer, es ist Sein, das unabhängig von der Materie existieren kann.

Dr. med. Hedi Meierhans, Maseltrangen

1 Taverna E. Bewusstsein. Schweiz Ärztzeitung. 2016;97(7):270.

## Zurückkehren zu einer patientenorientierten Medizin

### Zum Beitrag «Indikation nach medizinischen oder ökonomischen Kriterien?» [1]

Zunächst kann ich nur dazu gratulieren, dass die Autoren den Mut haben, diese leider zu 100% zutreffende traurige Entwicklung in der Medizin auf den Punkt zu bringen.

Tatsächlich mutet es seltsam an, dass öffentliche Spitäler heute Werbung machen müssen, um sich noch genügend Lukratives vom Kuchen abschneiden zu können. Hochglanzprospekte flattern ins Haus, Kochbücher werden versandt, die Privatabteilungen werden aufgerüstet, um mit den 5-Sterne-Hotelspitälern der privaten Konkurrenz auf Augenhöhe um die guten Geschäfte zu buhlen.

Die ärztliche Kernkompetenz, die darauf beruht, auf der Basis einer sauberen Diagnose eine adäquate Indikationsstellung zum Wohl der Kranken zu leisten, gerät aufs Abstellgleis, und das ärztliche Handeln wird zunehmend von pekuniären Interessen getrieben.

Die Einführung der SwissDRG hat zur grotesken Situation geführt, dass nicht mehr der Patient im Mittelpunkt steht, sondern das, was im Rahmen der Hospitalisation abrechenbar ist. Für die Patienten ist das eine Katastrophe und für das System als Ganzes generiert es Mehrkosten. Um abrechnungstechnisch die Spitalaufenthalte zu optimieren, ist eine neue ärztliche Spezialität entstanden: Codierer! Unschwer zu erkennen, dass diese auch ein Salär einfordern und dem ursprünglichen ärztlichen Kerngeschäft verloren gehen. Aber längst tummeln sich ja hochbezahlte Nichtmediziner in Scharen in den Kaderpositionen der Spitäler: Spitaldirektoren, Gesundheitsökonominnen – eine *Contradictio in adjecto*, wie zu Recht moniert wird.

Kleine Nuancen beurteile ich etwas anders als die Autoren:

1. Die Hausärzte wurden zwar mit falschen Versprechungen zur TARMED-Annahme gelockt, aber sie haben doch eine erstaunliche Resistenz gezeigt, war es doch eine nahezu Patt-Abstimmungssituation. Ich habe mich immer gefragt, wie die knappe Ja-Mehrheit zustande gekommen ist. Sei es, wie es sei: VW hat betrogen, der ehemalige Präsident des Internationalen Leichtathletik-Verbandes hat gedopte Sportler gedeckt, wenn sie seinen erpresserischen Geldforderungen nachgekommen sind. Und Toyota sagt ja in ihrer Werbung: «Nichts ist unmöglich». Damit sei nun nicht behauptet, die Abstimmung sei geschönt worden, aber gab es damals überhaupt eine Alternative?

2. Die Feststellung, wir Ärzte sollten uns nicht auseinander dividieren lassen, geht von einer Annahme aus, die nie zutreffen hat.

Die Ärzte waren immer unter sich zerstritten, eine heterogene Berufsgruppe, mit stark divergierenden Interessen. Ich habe in den mittlerweile rund 30 Jahren, in denen ich das Treiben so beobachten konnte, viele Ärztegemeinschaften auseinanderfallen sehen. Und meist ging es ums liebe Geld, an dem man sich zerstritten hat.

3. Die Zweiklassenmedizin, also das, was viele unter uns Ärzten, aber längst nicht alle, immer vermeiden wollten, ist mit der Annahme des KVG in den neunziger Jahren implementiert worden.

In den Anfängen meiner Praxistätigkeit hatte ich noch Privatpatienten ohne Krankenkasse. Diese wurden vom Gesetz abgeschafft und damit die Tür weit aufgestossen für eine viel monumentalere Privatassekuranz, die zu einem profitorientierten Geschäft der Versicherer mutiert hat.

Ich stimme mit den Autoren vollkommen überein, dass wir zurückkehren sollten zu einer patientenorientierten Medizin.

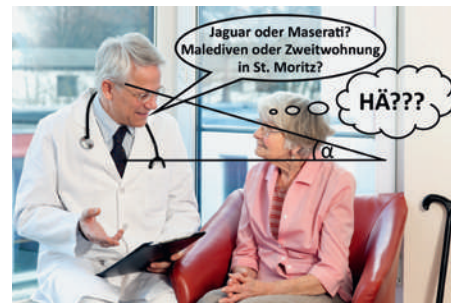
Ich zweifle aber daran, dass es gelingen wird, die Fehlentwicklungen aufzuhalten und zu korrigieren. Es geht um zu viel Geld!

Dr. med. Daniel Schlossberg, Zürich

1 Holzmann D, Straumann D. Indikation nach medizinischen oder ökonomischen Kriterien? Schweiz Ärztzeitung. 2016;97(6):218–9.

## Medizinische Indikationskriterien

### Zum Artikel «Indikation nach medizinischen oder ökonomischen Kriterien» [1]



Das Nettoeinkommen des abgebildeten Arztes errechnet sich aus dem Neigungswinkel zur abgebildeten Patientin und der so genannten FMH-Variablen. Sie setzt sich zusammen aus dem Grad der Subspezialisierung (S), Interventionalität (I) und Patriarchalität (P) und ist

umgekehrt proportional zu den intellektuellen Leistungen (L).

Nettoeinkommen = Neigungswinkel Alpha  $\times$  [(S + I + P) - L]  $\times$  Einkommen eines Psychiaters. Ganz simpel ... oder nicht? So was nennt man dann medizinische Indikationskriterien.

*Dr. med. Kaspar Schnyder, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Einsiedeln*

### De mortuis nil nisi bene

Zu der von Professor Fey in der Ausgabe 2016/04 [1] angeregten Diskussion über den Wechsel in der mündlichen Prüfungsform am Staatsexamen wurde auch im Vorfeld einiges gedacht, gesagt und geschrieben. Eine Antwort darauf scheint dennoch angebracht.

In Feyscher Manier: De mortuis nil nisi bene. Die frühere Prüfung hatte durchaus auch ihre gute, praxisbezogene Seite, das ist nicht weg zu diskutieren und niemand will schlecht über sie sprechen. Der OSCE ist nicht über alle Zweifel erhaben, da stimmen wohl auch alle, besonders auch damit Geprüfte, zu.

Dennoch: Wie der Autor richtig festgehalten hat war weder früher noch heute die Durchfallquote substantiell. Ob heute nun eine andere Kohorte nicht besteht als früher, lässt sich kaum nachweisen, empfinde ich aber auch nicht als elementar, verglichen mit andern Tatsachen, mit denen sich Studierende konfrontiert sehen oder allenfalls sehen werden. Als Staatsabgänger und möglicher angehender Hausarzt ist es mir beispielsweise unverständlich, wie die Leitung der Uni Bern es in Betracht ziehen kann, den vakanten Lehrstuhl für Hausarztmedizin mit Kandidat(inn)en zu besetzen, die selbst nicht in diesem Feld tätig sind oder zumindest waren. Gerade Prof. Fey, selber leidenschaftlicher Dozent und Teacher, wird hoffentlich zustimmen, dass es bei der Ausbil-

dung weniger auf die Prüfungsform ankommt, sondern viel mehr, wie, was aber auch bei wem man dafür gelernt hat. Das kleine Lateinum würde wohl nicht mehr ganz ausreichen, um die geharnischten Zitate von eben jener Stelle zu verstehen, würden die onkologischen Vorlesungen künftig von einem Fachfremden Dozenten gehalten. «Cuius regio eius religio» – Was im Augsburger Religionsfrieden gilt, hat hier ebenso Gültigkeit: Wer über ein Gebiet herrscht, bestimmt deren Religion. Entsprechend darf gefordert werden, dass gerade das Berner Institut für Hausarztmedizin als jene Institution, welche sich wie keine andere (wie von Prof. Fey richtigerweise verlangt) in der praxisnahen, patientenorientierten Ausbildung stark macht, eine Leitung erhält, die, um in der zitierten Parabel zu bleiben, die gleiche Religion wie die Bewohner/-innen ihres Gebietes hat. Die Diskussion, ob die abschliessende Prüfung praxisnahe genug ist, wäre müssig, wäre die Ausbildung in jedem Fach so nahe am Patienten wie hier.

Die Kompetenz der Studierenden bezüglich Realitätsbezogenheit ändert man nicht mit der Form einer halbtägigen Prüfung, sondern in sechs Jahren Medizinstudium. Bezüglich des zu besetzenden Amtes möge deshalb der Fakultätsleitung vom nichtuniversitären Bereich her gesagt sein: Audiatur et altera pars!

*Pract. Med. Manuel Schaub, Köniz*

- 1 Fey F. Annuntio vobis gaudium magnum – ein neues klinisches Staatsexamen! Schweiz Ärztezeitung. 2016;97(4):153–4.

### Wo bleibt der Praktische Arzt?

Im derzeit laufenden Vernehmlassungsprozess der revidierten ambulanten Tarifstruktur fällt die gravierende Benachteiligung der «Praktischen Ärzte» sehr negativ auf:

Besonders im Kapitel AT Spezielle Leistungen der Hausarztmedizin sollen wichtige Abrechnungspositionen dem Arzt für Allgemeine Innere Medizin (AIM) exklusiv vorbehalten bleiben.

AT.3004 hausärztliche Konsultation, AF.6054 hausärztliche Behandlung / Beratung, AT.3001 kleine Organ-Untersuchung, AT.3002 mittlere Organ-Untersuchung und AT.3003 grosse Organ-Untersuchung sollten demnach nur von AIM-Titelträgern verrechnet werden dürfen, obwohl exakt die gleichen Leistungen tagtäglich von den Praktischen Ärzten in ihren Hausarztpraxen erbracht werden.

Wenn diese Diskriminierung umgesetzt wird, werden die Hausarztpraxen der Praktischen Ärzte systematisch benachteiligt und wirtschaftlich geschwächt.

835 von insgesamt 6764 Hausarztpraxen, also systemrelevante 12 Prozent aller Hausarztpraxen, werden von Praktischen Ärzten geführt. Diese 835 Praxen von der politisch gewünschten Besserstellung der Grundversorgerpraxen abzukoppeln kann nicht die Antwort des FMH auf den bestehenden und zukünftigen Hausärztemangel sein!

Noch besteht die Möglichkeit im Rahmen des aktuellen Vernehmlassungsprozesses, der Delegiertenversammlung vom 16. März, der Ärztekammer am 28. April oder allenfalls in einer Urabstimmung der FMH-Mitglieder, den Praktischen Ärzten die Abrechnung der Tarifpositionen AT.3004, AF.6054, AT.3001, AT.3002 und AT.3003 zu ermöglichen, indem die Dignität «Praktischer Arzt in eigener Grundversorgerpraxis» ergänzt wird.

Ich hoffe, dass unsere ärztlichen Gremien diesen vernünftigen Schritt wählen werden und nicht nach Einführung eines revidierten TARMED die Gerichte entscheiden müssen.

*Dr. med. Martin Dieudonné, St. Gallen*

# Mitteilungen

## Facharztprüfungen

### Facharztprüfung zur Erlangung des Facharztstitels Tropen- und Reisemedizin

Ort: Schweizerisches Tropen- und Public Health-Institut Basel

Datum: Donnerstag, 24. November 2016

Anmeldefrist: 30. Juni 2016

Weitere Informationen finden Sie auf der Website des SIWF unter [www.siwf.ch](http://www.siwf.ch)

→ Fachgebiete → Facharzttitel und Schwerpunkte (Weiterbildung) → Tropen- und Reisemedizin

### Facharztprüfung zur Erlangung des Facharztstitels für Nephrologie

Datum: 30. November 2016 (Reservedatum 1. Dezember 2016)

Ort: Bern

Anmeldefrist: 31. August 2016

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

### Facharztprüfung zur Erlangung des Facharztstitels Angiologie

Erster Teil (schriftliche Prüfung)

Datum: Freitag, 7. Oktober 2016, anlässlich der 17. Unionstagung der Schweizerischen Gesellschaften für Gefässkrankheiten in Bern

Zweiter Teil (mündliche und praktische Prüfung)

Datum: Freitag, 9. Dezember 2016

Ort: Inselspital in Bern

Anmeldefrist: 2. September 2016

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

## Inartis Challenge

### Appel à projets

Le Challenge Debiopharm Inartis veut susciter des initiatives originales dans le domaine de la santé par la promotion et l'encouragement de démarches exemplaires qui améliorent le vécu, le ressenti, le confort physique et moral du patient, sa situation personnelle aussi et les relations avec les proches, les soignants, les autres patients. Ce prix ne souhaite pas valoriser a posteriori un travail existant, mais, au contraire, encourager, a priori, des idées originales et utiles qui facilitent, améliorent, enrichissent concrètement la vie des patients.

Doté de 50 000 francs dont un premier prix de 25 000 francs, ce concours récompense des projets pratiques avec pour objectif d'accélérer leur mise en œuvre ou leur commercialisation.

Le concours est ouvert à tout groupe d'au minimum deux personnes, présentant des projets interdisciplinaires originaux,

innovants et réellement nouveaux et non pas dérivés d'idées déjà concrétisées.

L'ensemble des dossiers sera étudié en fonction des critères de sélection suivants:

- Impact sur l'utilisateur final (patients, soignants...)
- Retombées économiques régionales, nationales ou internationales observées ou envisagées
- Originalité du projet et de la démarche
- Coopération induite avec les milieux académiques et/ou économiques
- Pertinence de la candidature par rapport au Challenge

Pour participer au Challenge Debiopharm Inartis, les candidatures doivent parvenir à l'adresse suivante:

Par courrier à: Inartis, CP 76, CH-1015 Lausanne

Par courriel à: [challenge\[at\]debiopharm.com](mailto:challenge[at]debiopharm.com)

Pour obtenir le règlement du Challenge, veuillez consulter le site suivant: [www.debiopharm/challenge.com](http://www.debiopharm/challenge.com) ou [www.challenges.inartis.ch](http://www.challenges.inartis.ch)

La clôture des premières candidatures est fixée au 30 avril 2016 minuit, cachet de la poste ou avis de réception d'e-mail faisant foi.

## Stiftung für Lungendiagnostik

### Nationales Programm für die Früherkennung von Lungenkrebs

Jeden Tag sterben in der Schweiz fast zehn Menschen an Lungenkrebs. Das müsste nicht

sein: Erkennt man Lungenkrebs rechtzeitig, kann die Krankheit heilbar sein.

Um die hohe Sterblichkeit zu verringern, lanciert die gemeinnützige Stiftung für Lungendiagnostik in der Schweiz in Zusammenarbeit mit dem Internationalen Programm für die Früherkennung von Lungenkrebs I-ELCAP das Nationale Programm für die Früherkennung von Lungenkrebs.

Es gibt zurzeit nur eine anerkannte Methode, um Lungenkrebs zuverlässig und rechtzeitig zu entdecken: Wer einer Risikogruppe – vor allem Raucher und ehemalige Raucher ab 50 Jahren – angehört, lässt sich mit einer niedrig dosierten Computertomografie (CT) nach einem bestimmten Algorithmus auf Lungenkrebs untersuchen.

Im I-ELCAP hat sich gezeigt, dass über 80 Prozent der Patienten, deren Lungenkrebs im Frühstadium erkannt und operiert worden ist, nach zehn Jahren noch immer krebsfrei waren. Ein Durchbruch bei der Bekämpfung von Lungenkrebs.

Anliegen der Stiftung ist es, möglichst vielen symptomlosen Personen aus den bekannten Risikogruppen mit einer deutlichen Kostensenkung zu ermöglichen, sich rechtzeitig untersuchen zu lassen.

Weitere Informationen: [www.lungendiagnostik.ch](http://www.lungendiagnostik.ch)

## Aktuelle Forumthemen

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



Dr. med. et MME Monika Brodmann Maeder, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, FMH, Leitende Ärztin, Leiterin Bildung und Gebirgsnotfallmedizin, Universitäres Notfallzentrum, Inselspital Bern

### Interprofessionalität in der Medizin

Interprofessionalität – sind wir Ärztinnen und Ärzte dafür bereit?



Dr. med. Emmanuel Escard, Unité interdisciplinaire de médecine et prévention de la violence, Hôpitaux universitaires de Genève

### Realität und Rationalität in der Psychiatrie

Die Illusion des Rationalen in violentem Verhalten: Realität ist nicht messbar!