

DER ZINER

Was steht hinter Medi?



Medizin à la carte

Welche Behandlung wünschen Sie heute?

medica

MEDIZINISCHE LABORATORIEN Dr. F. KAEPELI AG

Ihnen zuliebe wählt Ihr Arzt das beste Labor



medica

MEDIZINISCHE LABORATORIEN Dr. F. KAEPELI AG

Wolfbachstrasse 17, Postfach, 8024 Zürich

Telefon 044 269 99 99, Telefax 044 269 99 09

info@medica.ch www.medica.ch

Inhaltsverzeichnis

EDITORIAL

Eine junge Frau ruft vormittags in einer Hausarztpraxis an, da sie seit Kurzem ein starkes Brennen beim Wasserlösen verspürt. Die medizinische Praxisassistentin setzt alle Hebel in Bewegung und arrangiert ihr noch am selben Tag einen Termin. Wenig später bekommt der Hausarzt ein E-Mail von ebendieser jungen Frau: Sie sei bei einem zentral gelegenen Medical Health Center vorbeigegangen und habe dort sofort einen Termin bekommen. Dort habe man nicht nur den Urin getestet, sondern gleich auch noch ihre Blutwerte kontrolliert und einen Ultraschall gemacht. Sie sei mit dem Service sehr zufrieden und werde sich in Zukunft nur noch dort behandeln lassen.

Mit dieser Anekdote beschreibt der langjährige Hausarzt Daniel Oertle in seinem Artikel „Diagnose subito! Und bitte mit Bild!“ (Tagesanzeiger, 28.12.2016) den ‚neuen Patienten‘. Dieser, so Oertle, sei es nicht mehr gewohnt, eine Diagnose abzuwarten oder mit einer simplen Salbe nach Hause geschickt zu werden. Der sogenannte neue Patient will alle vorhandenen medizinischen Möglichkeiten ausschöpfen, ganz nach dem Motto: „All you can treat.“

Gleichzeitig müssen viele Spitäler aus Gründen der Wirtschaftlichkeit immer mehr um die Gunst der Patienten buhlen. Da wir in der Schweiz überall einen hohen medizinischen Standard haben, müssen die Patienten eben mit Zusatzleistungen angezogen werden. Sei es nun der Abholservice vom Flughafen für ausländische Privatpatienten oder das Spa-Ambiente im Gebärsaal: Die Patienten werden immer mehr zu Kunden, und diese soll man bekanntlich wie Könige behandeln. Hörte man früher Sätze wie „Herr Doktor, Sie wissen doch besser, was für mich gut ist!“, so kommen die Patienten heute mit genauen Aufträgen und Vorstellungen zum Arzt. Verkommen die früheren Halbgötter in Weiss zu reinen Dienstleistern? Oder anders gefragt: Wie viel Kunde soll ein Patient in der heutigen Zeit sein dürfen? Wie viele Entscheidun-

REPORTAGEN

- 4 Ohne Einwilligung des Patienten?
Gedanken zum Thema FU
- 6 Aus dem Leben eines Dienststuntauglichen
- 12 Selbstbestimmt ans Lebensende?
Rund um die Patientenverfügung
- 18 Darf man alles wählen?
Die vielfältige Rolle des Patienten
- 20 Overseas mit medAlumni UZH
Über Forschungsmöglichkeiten im Ausland
- 24 Hypochondrie
Eine psychische Störung beleuchtet
- 28 Sdrastvujte, Doktor!
Wenn das Spital zur Feriendestination wird
- 30 Die Entscheidungen

gen darf ein Arzt aufgrund seines Wissens für den Patienten übernehmen? Diesen Fragen geht DER ZINER in dieser Ausgabe nach.

RUBRIKEN

- 8 Kultur Café
Musikalische Mediziner
- 10 Im Gespräch
mit Dr. Reinhard Imoberdorf
- 16 Mein Facharzt
Radiologie: Eine Symbiose aus Technik und Medizin
- 22 Mein Wahlstudienjahr
Szenen aus dem Leben von Unterassistenten
- 26 Um uns herum
Die Reinigungs-Familie des USZ
- 32 Ermittlung
Behandeln wir Privatversicherte anders?
- 34 Medizingeschichte
Der Kunde ist König
- 36 Kreuzworträtsel
- 38 Fun
Was kostet wie viel?
- 39 Impressum
- 40 Infusion
Unnützes Wissen intravenös



Gabriela Maissen
Ausgabenverantwortliche

OHNE EINWILLIGUNG DES PATIENTEN?

Gedanken zum Thema FU

„Ich weiss nicht genau, was ich hier soll, ich bin per FU gekommen!“ So lautet der erste Satz einer Patientin in der psychiatrischen Klinik, in der wir die Gesprächsführung und das Erstellen eines präzisen psychopathologischen Befundes erlernen sollen. FU ist ein gehaltvolles Akronym. Es steht für „Fürsorgerische Unterbringung“, die jeder praktizierende Arzt unter bestimmten Voraussetzungen und Ausnahmeständen aussprechen kann.

Eine FU kann notwendig sein in Situationen, in welchen Patienten ohne Behandlung ein ernsthafter gesundheitlicher Schaden droht und ihre Urteilsfähigkeit bezüglich der dringlichen Behandlungsbedürftigkeit nicht gegeben ist. Ein Beispiel sind anorektische Patienten, die durch die Verweigerung der Nahrungsnahme ihren Körper lebensbedrohlich aushungern und sich dabei den fatalen Folgen ihrer Nährstoff-Negierung nicht bewusst sind.

Das Ziel einer FU ist es, sowohl Drittpersonen als auch den Patienten vor sich selbst zu schützen. Die Kriterien und die Richtigkeit der FU erscheinen auf den ersten Blick einleuchtend und klar. Artikel 426 im zweiten Teil des Schweizerischen Zivilgesetzbuches besteht aus 5 einfachen Sätzen.

Bei genauerer Betrachtung und im realen Leben zeigt sich aber, dass diese rechtlich gezogenen Linien doch eher unscharf und hinterfragungswürdig sind. Was repräsentiert zum Beispiel eine „geeignete Einrichtung zur Unterbringung“? Was reicht für die Definition einer „psychischen Störung“? Und wie nahe muss eine „nahestehende Person“ sein, um ein Entlassungsgesuch verfassen zu können? Eine FU auszusprechen ist heikel, denn man übergeht den aktuellen Willen des Patienten und greift tief in seine Autonomie ein. Aus ärztlicher Sicht dient die FU dazu, dem Patienten Fürsorge zu leisten, ihm in einer Notlage beizustehen und sein Leid zu mindern. Die betroffenen Patienten empfinden die Situation aber häufig völlig anders. Sie erleben es verständlicherweise als ungerechtfertigt, dass eine fremde Person über sie hinweg entscheidet und ihre Meinung übergeht.

Als Ärztin oder Arzt bewegt man sich in entlang eines schmalen Grates in einem vernetzten Spannungsfeld. Auf der einen Seite steht das Gesetz und die Pflicht der Einweisung und Behandlung von fremd- und selbstgefährdeten Patienten, auf der Anderen das Recht jedes Menschen auf eine möglichst Autonomie-bewahrende Behandlung. Durch das Aufeinanderprallen von unterschiedlichen Interessen und Zielen ergeben sich also nicht selten sehr schwierige Situationen mit medizinischen, rechtlichen, philosophischen und ethischen Fragen.

Wir haben mit verschiedenen betroffenen Personen über ihre Erfahrungen mit der FU gesprochen. Folgende Zitate sollen ein Bild vermitteln, wie diese Beteiligten der FU gegenüberstehen und wie sie diese erlebt haben.

„Wenn Sie in einer Zelle isoliert werden, haben Sie keinerlei Verständnis für die Einweisung. Die FU war für mich keine Hilfe - zumal ich eingesperrt wurde für etwas, das ich noch nicht gemacht habe.“

*Patientin, w, 48J
in psychotherapeutischer Behandlung*

„Wir übernehmen mit der FU eine Aufgabe von der Dimension einer hoheitlichen Handlung. Ob wir das wollen, dürfen oder müssen, kann diskutiert werden.“

Prof. Dr. med. Dr. phil. Paul Hoff

„Meine persönliche Hürde, Zwang anzuwenden, ist sehr gross. Wir müssen in jedem Fall genau überprüfen, ob das Verhältnis zwischen Massnahme und Nutzen für den Patienten stimmt. Letztlich wollen wir nicht quälen, sondern schützen.“

*Dr. Florian Hotzy
Assistenzarzt Psychiatrie*

„Wissen Sie, da wurde auch schon gesagt, dass ich Fremdgefährdungs- und Suizidpotential habe. Das konnte gar nicht sein, mir ging's super - ich war ja manisch!“

*Patientin, w, 48J
in psychotherapeutischer Behandlung*

„Mehr als die Hälfte der FU-Patienten sind bei uns schon bekannt.“

*Dr. Florian Hotzy
Assistenzarzt Psychiatrie*

„Dann haben Sie alle gelogen und gesagt, dass ich einen Arzt mit dem Tod bedroht hätte. Den kenne ich ja gar nicht! Sie haben auch gelogen und gesagt, dass ich mich drei Monate nicht bewegt hätte. Alles Lügen, Lügen, Lügen. Das ist ein Giftgefängnis, mit Giftmedizin! Jetzt muss ich hier ausharren. Ein Versprechen gebe ich jedoch: Irgendwann werde ich das alles umkehren.“

*Patient, m, 34J
auf der Akutstation*

„Meine Grossmutter wurde letzten April per FU eingewiesen, da sie sich in einem Delir-ähnlichen Zustand befand und zusammenbrach. Zwei Wochen später erlitt mein Grossvater eine schwere Depression: Er konnte nicht für sich selbst sorgen und entgleiste im Kummer der Situation.“

Enkelin einer Patientin, w, 22J

„Urteilsfähigkeit ist der Schlüssel zum Selbstbestimmungsrecht des Patienten. Sie legt fest, welchem medizinethischen Prinzip (Fürsorge vs. Respekt der Selbstbestimmung) im Konfliktfall Vorrang gegeben wird.“

*Dr. Helena Hermann
Psychologin und Mitarbeiterin des medizin-ethischen Institutes*

„Eine FU ist immer eine belastende Ausnahmesituation, auch für die Ärztinnen und Ärzte. Im geriatrischen Kontext sind drei Faktoren im Vorfeld der Anordnung einer FU besonders sorgfältig abzuklären: die Art des Behandlungsbedarfs des/r Patienten/in, die Definition des geeigneten Unterbringungsortes (Spital, Psychiatrie, Pflegezentrum), und nicht zuletzt die allenfalls mögliche Optimierung der aktuellen Situation: Kann wirklich die notwendige Behandlung und Betreuung nicht anders erbracht werden?“

*Dr. med. MHA Daniel Grob
ehem. Chefarzt Akutgeriatrie*

„Ich bin einfach mitgegangen, ich habe mich gar nicht mehr gespürt.“

Patientin, w, 45J

in psychotherapeutischer Behandlung

„Die Bewältigung der Herausforderungen im Rahmen von einer FU gelingt nicht immer so gut. Eigentlich stört mich jedoch vor allem die Formulierung „gegen den Willen des Patienten“, die man immer wieder antrifft. Besser wäre „ohne die Zustimmung“ oder „ohne das Einverständnis“ von Patienten, da ihnen die Urteilsfähigkeit und der Überblick über ihre Situation fehlt.“

*Dr. med. K. Angst
Oberärztin Psychiatrie*

„Urteilsfähigkeit ist bezüglich des Sachverhaltes, um den es geht, eine relative Grösse bezüglich ihres Vorhandenseins oder Fehlens hingegen eine absolute.“

Prof. Dr. med. Dr. phil. Paul Hoff

„Der Zugang zu Patienten, die per FU kommen, kann sich schwierig gestalten. Letztlich geht der Behandlungsauftrag nicht vom Patienten selbst, sondern von der Öffentlichkeit aus. Der Grossteil der Patienten ist jedoch auch bei mangelndem Einverständnis auf der Station fähig, mit der Situation umzugehen und „das Beste daraus zu machen“ und in einer Therapie mitzuarbeiten.“

*Dr. Florian Hotzy
Assistenzarzt Psychiatrie*

„Wäre ich nicht per FU eingewiesen worden, wäre ich jetzt nicht mehr hier. Ich hätte mich umgebracht.“

Patientin, w, 25J

„Eine Frage, die wir uns stellen müssen, ist Folgende: wo liegt die Grenze der sozialen Unverträglichkeit von psychisch kranken Menschen in unserer Gesellschaft? Müssen wir Sie denn zwingend in einer psychiatrischen Klinik behandeln, wenn Sie nur schon laut sind und stören? Es besteht die Gefahr, dass FU's nicht genügend sorgfältig und bedacht ausgestellt werden. Wo sich die Grenze zur Selbst- oder Fremdgefährdung befindet, ist letztlich eine Grauzone. In der Zukunft könnte man sich neue Möglichkeiten und Angebote zu einer Klinikeinweisung von nicht behandlungswilligen Patienten vorstellen - beispielsweise in der Form von geschulten psychischen Notfallteams, die Situationen kompetent beurteilen und gegebenenfalls akut entschärfen können.“

*Dr. med. K. Angst
Oberärztin Psychiatrie*

Anja Forrer und Zehra Hepp

AUS DEM LEBEN EINES DIENST- UNTAUGLICHEN

Ärzte stellen oft im Rahmen von Krankheiten und Unfällen Zeugnisse aus, welche für eine bestimmte Zeit die vollständige oder partielle Arbeitsunfähigkeit des Patienten bescheinigen. Es gibt Fälle, in denen Patienten nur gerade deswegen einen Arzt aufsuchen, um den sekundären Krankheitsgewinn einzulösen, vorausgesetzt, dass primär überhaupt eine Krankheit besteht. Ein Sonderfall stellt die Militärdienstuntauglichkeit dar. Es gibt viele junge Männer, die aus verschiedensten Gründen den Militärdienst nicht absolvieren können. Im Jahr 2015 waren nur rund 75.4% der knapp 40'000 stellungspflichtigen Schweizer tauglich für den Militärdienst (63.7%) oder Zivilschutz (11.7%) – somit war jeder vierte dienstuntauglich. Die häufigsten somatischen Gründe waren Rücken- und Gelenkleiden. Bei den psychischen Problemen standen mangelnde Belastbarkeit, Drogenkonsum, depressive Episoden und Angststörungen im Vordergrund. In diesem Beitrag wird der Fall eines solchen Untauglichkeitsbefundes aus der Perspektive eines Freundes geschildert.*

Während meiner Kindheit litt ich unter einer Zwangsstörung. Nie hätte ich gedacht, dass mir diese lästige Krankheit nach erfolgreicher Psychotherapie einen Vorteil verschaffen würde. Ins Militär zu gehen, kam aus verschiedensten Gründen, unter anderem wegen meines geplanten Studiums, für mich nicht in Frage. Da an mir körperlich nichts einzuwenden war, war es klar, dass ich versuchen musste, durch die psychologische Evaluation durchzufallen – denn mit einer signifikanten psychiatrischen Anamnese hatte ich ein Ass im Ärmel, um mir die Dienstuntauglichkeit zu erswindeln. Strategische Überlegungen gehören aber im Militär zum Alltag und die Maschen von potentiellen Dienstverweigerern sind schon längststens bekannt. Im Vorfeld der Rekrutierung war sogar angekündigt worden, dass sämtliche noch so theatralisch begabten Individuen es nicht schaffen würden, einen psychiatrischen Fall vorzugaukeln – wobei man trocken anfügen könnte, dass am Tag der Aushebung jegliche gespielten Verhaltensauffälligkeiten unter den höchstmotivierten Rekru-

ten schlicht untergegangen wären. Als es so weit war, füllte ich mit diesem Hintergedanken den Intelligenztest und den psychologischen Fragebogen aus – und wurde prompt zu einem Gespräch mit der Militärpsychologin eingeladen.

Ich erklärte ihr, dass aufgrund meiner Zwangserkrankung in der Kindheit ein erhebliches Risiko für einen Rückfall in der Rekrutenschule bestünde. Zudem könne nachts mein nervöses Verhalten mir und anderen den Schlaf rauben. Ausserdem fühle ich mich in der Gegenwart von autoritären Figuren überfordert und könne nicht mit Befehlen umgehen. Am Ende des eigentlich sehr sympathischen Gesprächs hatte ich, was ich wollte: ihre Empfehlung an den Militärarzt, dass ich für den Militärdienst nicht geeignet sei. Zusammen mit dem Attest meines Kinderpsychologen und einer persönlichen Empfehlung von meinem Hausarzt, der zugleich mein Vater war, fühlte ich mich für den Entscheid gewappnet.

*Name der Redaktion bekannt

Was sollte in einem ärztlichen Zeugnis stehen?

Dazu schreibt der militärärztliche Dienst: «Sowohl der militärärztliche Dienst wie auch die Untersuchungskommissionen sind darauf angewiesen, dass sie vom behandelnden Arzt ein ausführliches Zeugnis erhalten. Entgegen ihrem Namen führen die meisten Untersuchungskommissionen keine Untersuchungen durch, sondern beurteilen den Patienten lediglich aufgrund der vorliegenden Akten und des persönlichen Gesprächs.

Im Minimum soll das Arztzeugnis deshalb eine kurze Anamnese, die genaue Diagnose, den Verlauf, die Therapie und eine Prognose beinhalten. Falls vorhanden, sollen zusätzlich die Resultate spezieller Untersuchungen (z.B. Befunde bildgebender Verfahren, Laborresultate, bei psychiatrischen Zeugnissen die Resultate der psychologischen Tests) enthalten sein. Geschätzt wird ebenfalls ein Antrag bezüglich Diensttauglichkeit aus der Sicht des behandelnden Arztes. Für die Abschätzung der Diensttauglichkeit helfen auch Angaben über die sportliche Leistungsfähigkeit des Angehörigen der Armee. Es sei erwähnt, dass die Untersuchungskommissionen das Arztzeugnis zu würdigen haben, jedoch in ihrem Entscheid über die Diensttauglichkeit frei sind.»

Quelle: Schweizerische Ärztezeitung 2008;89: 37

Kurz darauf landete ich beim Militärarzt. Zügig erhob er den somatischen Status und stellte, wie erwartet, nichts Signifikantes fest. Daraufhin drückte ich ihm meine Unterlagen in die Hand. Es verging keine Sekunde, bis er auf dem Briefkopf den gemeinsamen Nachnamen mit dem behandelnden Hausarzt bemerkte, womit der Inhalt für ihn sofort wertlos geworden war. Er warf den Brief mit der schroffen Bemerkung, dass Eltern nichts in der Armee zu sagen hätten. Ausserdem fügte er hinzu, dass anankastische Züge fürs Reinigen der Kampfstiefel und des Taschenmessers von grossem Vorteil seien. Aber nachdem er die Empfehlung der Psychologin gelesen hatte, kam auch er zum Schluss, dass es besser wäre, mich in den Zivilschutz zu entlassen.

Dieser Text soll nicht als Anstiftung oder Anleitung dienen, um ein ärztliches Zeugnis für die Dienstverweigerung zu erlangen.

Arcangelo Carta



„Die Medizin ist meine gesetzliche Ehefrau,
die Literatur meine Geliebte.“

Anton Chekhov
Russischer Arzt und Schriftsteller
1860-1904

Beat Richner – auch Dr. Cello genannt – ist einer dieser Ärzte. Der Pädiater wurde 1974 im Auftrag des Schweizerischen Roten Kreuzes in das Kinderspital Kantha Bopha nach Kambodscha geschickt. Als die Roten Khmer die Macht übernahmen, musste Dr. Richner seinen Aufenthalt abbrechen und eröffnete kurze Zeit später seine eigene Kinderarzt-Praxis am Römerhof in Zürich. Nebenbei entwickelte er die Rolle des Musikclowns Beatocello und tritt auch heute noch in dieser Rolle in der Schweiz, aber auch im Ausland auf. 1991 bat ihn die kambodschanische Regierung, das völlig zerstörte Kinderspital in Phnom Penh wiederaufzubauen und zu leiten. In den folgenden Jahren kamen weitere Spitäler dazu. Dank Beat Richner, seinen Konzerten und den vielen Spenden konnten bisher mehr als 14.5 Millionen Kinder ambulant und mehr als 1.5 Millionen Kinder stationär behandelt werden.

„Beim Dirigieren spielt das Alter keine Rolle“

Musikalische Mediziner



Hugh Laurie: Let Them Talk

Dass die deutsche Gruppe „Die Ärzte“ Musik macht, ist allseits bekannt. Dass aber auch der eine oder andere Arzt noch dazu kommt, neben seinem herausfordernden Beruf Musik zu spielen, eher weniger. Dabei ist das Spielen eines Instrumentes für manche Mediziner eine willkommene Gelegenheit, um dem Klinikalltag zu entfliehen und sich für eine kurze Zeit nur den wohligen Klängen und der Melodie hinzugeben.

Mit seinem musikalischen Gen ist Beat Richner jedoch nicht alleine, auch der Chefdirigent der Hamburger Symphoniker, Jeffrey Tate, schlug zuerst eine Karriere als Mediziner ein. Der Engländer studierte Medizin an der University of Cambridge und wurde Facharzt für Ophthalmologie. Im St. Thomas' Hospital in London arbeitete er als Augenchirurg, bevor er seine klinische Karriere aufgab und Musik am London Opera Center studierte. Der heute 70-jährige Tate denkt übrigens noch lange nicht ans Aufhören, denn:



Beat Richner



„Beim Dirigieren spielt das Alter keine Rolle.“

Genau genommen ist Hugh Laurie kein Arzt, allerdings ist er mit seiner Rolle als klavierspielender, mürrischer Dr. Gregory House jedem bekannt. Genau wie seine Charakterrolle spielt auch Hugh Laurie Klavier, beherrscht jedoch auch das Gitarrenspiel. 2011 erschien sein Debütalbum *Let Them Talk*, ein Mix aus Gospel, Blues und

Jazz. Was zunächst wie ein Selbstverwirklichungstrip eines sehr erfolgreichen Schauspielers wirke, entpuppte sich als ernsthaftes und liebevolles Album mit einer geschmacksvollen Auswahl an bekannten Songs. Selbst bei Kritikern stiess Laurie damit auf offene Ohren. Das zweite Album *Didn't It Rain* folgte im Jahr 2013. Übrigens: Neben der Schauspielerei und der Musik widmet sich Laurie ebenfalls der Schriftstellerei.

Gabriela Maissen

mit Dr. Reinhard Imoberdorf

Über den Wandel der Medizin und die Kunst, abzuschalten

Was bewegte Sie dazu, Medizin zu studieren?

Ehrlich gesagt war es eher ein Zufall als ein angestrebter Jugendtraum. Zur Zeit meiner Matura gefielen mir vor allem Biologie und Chemie. Doch beim Gedanken ein Leben lang als Chemiker zu arbeiten und mich mit anorganischer Chemie rumschlagen zu müssen, erkannte ich, dass es nicht das Richtige war. Ebenso wenig gelang es mir, mich als Biologe vorzustellen. Doch ein Gedankengang führte zum nächsten und als logische Folge schrieb ich mich für das Medizinstudium ein.

Haben Sie es jemals bereut, Mediziner geworden zu sein?

Aber nein, ganz im Gegenteil! Auch nach dreissig Jahren bin ich noch immer unglaublich fasziniert von der Inneren Medizin. Das Fundament für meine Begeisterung wurde bereits in der Vorklinik während den Studentenkursen gelegt.

Sie selbst leiten jedes Semester Studentenkurse. Was möchten Sie den angehenden Ärztinnen und Ärzten vermitteln?

Was ich mir innerlich wünsche, ist, bei den Studentinnen und Studenten die Begeisterung für die Arbeit an und mit kranken Menschen zu wecken. Ich möchte ihnen durch den Kontakt mit den Patienten ein Stück Bestätigung für ihren Werdegang bieten. Gelingt es, auch nur ein kleines Feuer zu entfachen, ist das bereits ein grosser Erfolg.

Was ist Ihre Motivation als Chefarzt heutzutage? Gibt es diese noch oder sind sie bereits zu tief drin, um eine Kursänderung

noch vorzunehmen?

Ja, für einen Richtungswechsel ist es tatsächlich zu spät, denn ich nähere mich langsam dem Ende meiner Karriere. Zudem gäbe es dafür auch keine Gründe. Als Allgemeinmediziner arbeite ich in einem äusserst spannenden Umfeld; in einem grossen Kantonsspital auf einer Abteilung, welche noch nicht fragmentiert ist. Konkret bedeutet das nach wie vor eine gesamtheitliche Behandlung der Patienten und gleichzeitig eine grosse Vielfalt.

Sie sind überzeugter Vertreter vom Einfluss der Ernährung auf die Patientengesundheit. Welchen Titel einer fiktiven Publikation würden Sie gerne mal lesen?

„Die Ernährung hat endgültig Eingang in die Behandlung der Patienten gefunden.“ Das wäre wirklich traumhaft. In dem sehr spannenden Review „200 Jahre Chirurgie“ wurde kein Wort über die prä-, peri- oder postoperative Ernährung verloren. Obwohl die Ernährung eine extrem wichtige Rolle in der Philosophie des KSW einnimmt, gestaltet sich die Umsetzung immer wieder schwierig. Im Studium werden keine systematischen Grundlagen zum Thema Ernährung vermittelt, sodass wir alle Assistenzärzte von Grund auf schulen müssen.

Wenn man selber so viel über Ernährung lernt und lehrt, vergeht einem da nicht auch mal der Appetit?

Sich von der Ernährungstherapie als Teil meines Berufes distanzieren zu können, ist genau so wichtig, wie abends nach der Arbeit nicht an alle polymorbiden, multipharmazierten

Patienten zu denken. Obwohl ich die Vorteile der mediterranen Ernährung kenne, habe ich keinerlei Hemmungen, zu Hause gelegentlich eine Schweinsbratwurst mit Pommes Frites zu essen. Man muss sein Leben so gestalten, dass es für einen persönlich stimmt. Letztendlich wird man nie Gewissheit erlangen, ob mit einer bestimmten Massnahme das Leben eines Einzelnen verlängert werden konnte.

Gegenwärtig erleben wir weitreichende Veränderungen in der Medizin. Es kommt zu einer fortschreitenden Ökonomisierung, einer Katalogisierung und zu einem vermehrten Anbieten von Dienstleistungen. Doch was geschieht mit nicht quantifizierbaren Werten wie Vertrauen und Empathie?

Was passieren wird, weiss ich natürlich nicht. Ich hoffe, dass es sich nicht so fortentwickelt wie bisher. Vertrauen und Empathie als Grundlage einer jeden Arzt-Patienten-Beziehung geraten durch den zunehmenden ökonomischen Druck in Gefahr. Deswegen spreche ich mich auch explizit dagegen aus, wenn vom Patient als Kunde und vom Arzt als Dienstleister die Rede ist. Nie werde ich einen „Klienten“ behandeln, sondern stets kranke Menschen. Das schliesst eine „kundenfreundliche“ Behandlung aber nicht aus.

Das will also heissen, dass man dem Patienten in gewissen Bereichen entgegen kommt?

Richtig. Heutzutage muss man gewisse Vorzüge anbieten, die zum schweizerischen Standard gehören. Dennoch sollte man sich als Medizi-

ner lautstark dafür einsetzen, dass wir Menschen behandeln und begleiten. Denn mittlerweile sind wir so weit, dass wir uns aktiv gegen die Ökonomisierung der Medizin wehren müssen. Interessante Studien belegen, dass eine gute Arzt-Patienten-Beziehung wesentlich zum Behandlungserfolg beiträgt.

Als zukünftiger Arzt erscheint es schwierig, sich im Beruf zurechtzufinden - in Anbetracht der zahlreichen Einflussgrößen auf die Medizin wie Politik, Ethik und auch Wirtschaft.

Es ist durchaus nicht einfach, denn das Handeln als Mediziner wird von immer mehr Interessen gelenkt. Und so wie sich die aktuelle Lage darstellt,

erscheint eine Zukunft mit fremdbestimmten Krankenhäusern wahrlich plausibel. Problematisch ist die ‚Rosinenpickerei‘, das Selektionieren von rentablen Patienten, um das wirtschaftliche Wachstum eines Spitals anzukurbeln. Denn im Mittelpunkt der ärztlichen Behandlung sollte immer die medizinische Notwendigkeit stehen.

Benedikt Kowalski

WARUM MEDIZIN?

„Was ich mir von der Medizin erhofft hatte: eine Tätigkeit, die mir gefällt, die Sinn macht, die eine solide wirtschaftliche Grundlage bietet, bei der meine Stärken zur Geltung kommen und meine Schwächen weniger stören. Ich würde nach 37 Berufsjahren sagen, die Rechnung ist aufgegangen.“

- Dr. med. Franz Eigenmann
Leitender Arzt Gastroenterologie
Facharzt Gastroenterologie (FMH)
Facharzt Innere Medizin (FMH)
Universitätsspital Zürich

SELBSTBESTIMMT ANS LEBENSSENDE?

Zwischen Fürsorgepflichten und mutmasslichem Patientenwillen, Überforderung und Autonomie, Beratung und paternalistischen Entscheidungen: Wird die Patientenverfügung dem wachsenden Bedürfnis nach Selbstbestimmung gerecht?

Ein Fall, wie er sich auf jeder Notfallstation ereignen könnte: Ein 92-jähriger Mann präsentiert sich mit perforierter Divertikulitis. Für den behandelnden Chirurgen ist klar: Eine Operation an einem Zentrumsspital ist indiziert. Somit wird der 92-jährige Patient, nennen wir ihn Herr Müller, verlegt und operiert. Leider ergeben sich Komplikationen. Herr Müller muss erneut operiert werden, die Entzündungsparameter steigen und er wird intensivpflichtig. Unterdessen äussert der Patient wiederholt seinen Wunsch, sterben zu dürfen. Doch in der Annahme, man solle die begonnene Therapie auch zu Ende führen, fährt man mit der Behandlung fort. Schliesslich beginnen die Angehörigen, welche die Situation als unhaltbar empfinden, sich um mögliche Alternativen zu kümmern. Sie organisieren zusammen mit dem Patienten die Verlegung auf die Palliativstation, wo nun endlich die Gespräche über die Wünsche und Vorstellungen des Patienten stattfinden. Als klar wird, dass Herr Müller keine weitere Behandlung mehr möchte, wird er gefragt, warum er initial einer Operation zustimmte. „Als ich den Chirurgen fragte, was passiere, wenn ich mich nicht operieren lasse, sagte er mir, das werde ein elendes Sterben.“ Der involvierte Palliativmediziner war Dr. med. Roland Kunz. Er erzählt mir die Geschichte von Herrn Müller im Spital Affoltern. Hier ist Kunz zur Zeit des Gesprächs noch als Chefarzt für Geriatrie und Leiter des Kompetenzzentrums für Palliative Care tätig. Beim Zuhören frage ich mich, ob eine Patientenverfügung am Verlauf der Geschichte etwas geändert hätte. Ob dadurch Herrn Müller die Operationen, die Intensivstation und die Verlegung erspart geblieben wäre?

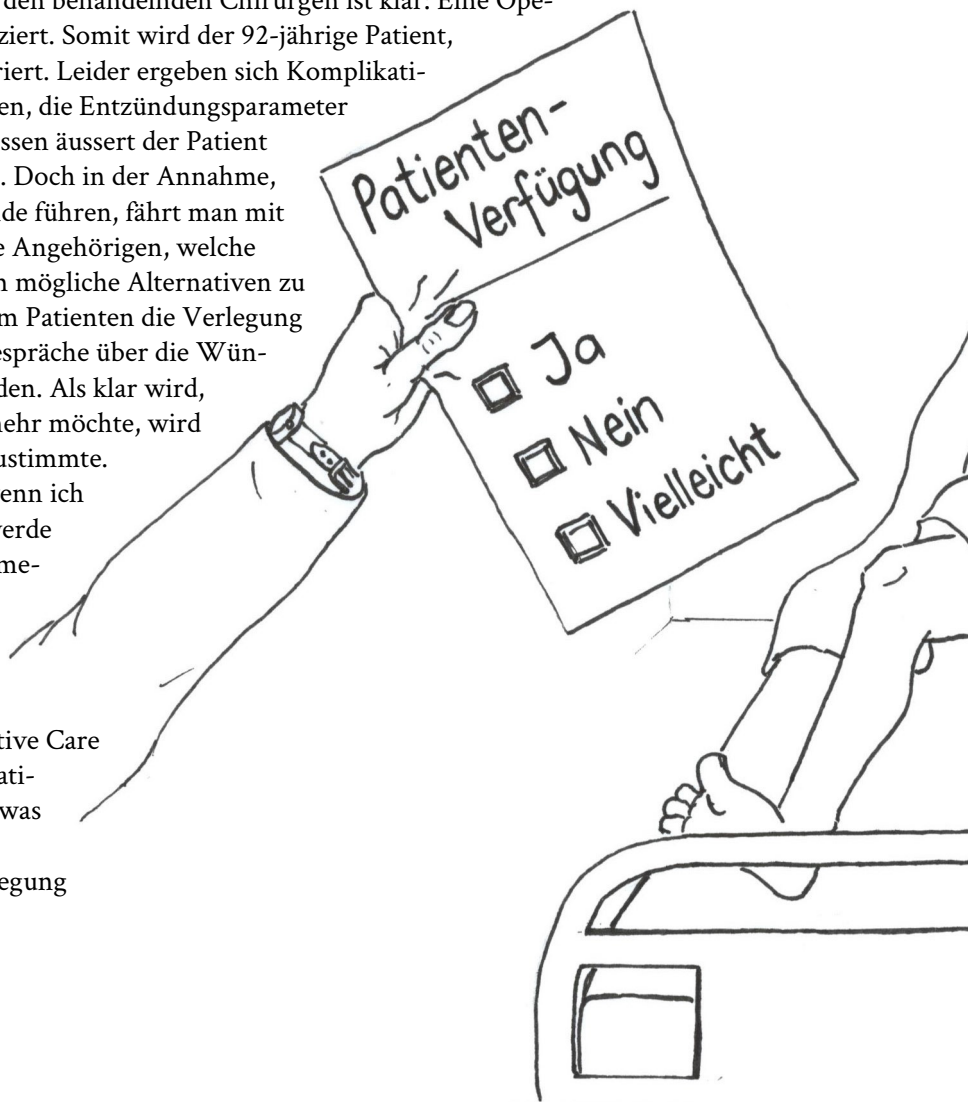




Illustration von Corinne Wissmann

Rechtlich bindende Patientenverfügung

Durch das Inkrafttreten des Erwachsenenschutzrecht 2013 wurde das Selbstbestimmungsrecht gestärkt. Unabhängig von Form und Alter des Schriftstückes ist die Patientenverfügung nun gesamtschweizerisch rechtlich bindend. Eine weitere Erneuerung des Gesetzes ist, dass für einen urteilsunfähigen Patienten einen Stellvertreter ernannt werden muss. Seine Aufgabe ist es, herauszufinden, ob der Patient einer bestimmten medizinischen Massnahme zustimmen würde. Vertretungsberechtigt ist an erster Stelle die in einer Patientenverfügung oder in einem Vorsorgeauftrag benannte Person. An zweiter Stelle kommt ein eingesetzter Beistand und erst an dritter Stelle, wer als Ehegatte, eingetragene Partnerin oder eingetragener Partner einen gemeinsamen Haushalt mit der urteilsunfähigen Person führt. Danach sind folgende Personen der Reihe nach berechtigt, die urteilsunfähige Person zu vertreten: Zuerst die Person, die mit der urteilsunfähigen Person einen gemeinsamen Haushalt führt, darauf folgen Nachkommen, anschliessend die Eltern und zuletzt die Geschwister. Beim potentiellen Stellvertreter muss zudem gegeben sein, dass er dem Urteilsunfähigen regelmässig und persönlich Beistand leistet. Lässt sich keine Bezugsperson finden oder ist diese überfordert, müssen die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden eine vertretungsberechtigte Person bestimmen. „Durch diese Regelung hat sich insbesondere die Verantwortung verschoben“, erklärt Roland Kunz. Früher hatte die Entscheidungsverantwortung die behandelnde Ärzteschaft, heute wird sie den Angehörigen übertragen. Dies berge auch viel Konfliktpotential, beispielsweise, wenn sich Angehörige uneinig sind. Gleichzeitig ist er überzeugt: „Um die Autonomie des Patienten zu stärken, ist es sicher sinnvoll, dass die Patientenverfügung verbindlich und einklagbar ist“.

„Als ich den
Chirurgen fragte,
was passiere, wenn
ich mich nicht
operieren lasse,
sagte er mir, das
werde ein elendes
Sterben.“

Paternalistische Entscheide immer noch häufig

Dass die rechtliche Stärkung der Patientenverfügung auch dem Wunsch nach mehr Einbezug der Patienten nachkommt, belegt eine von Exit in Auftrag gegebene Studie. Dabei handelt es sich um eine vom Link Institut durchgeführte Befragung zum Thema „Letzter Lebensabschnitt: Was erwartet die Bevölkerung vom Arzt?“. Es zeigte sich, dass sich 97% der Patienten wünschen, vom Arzt bei medizinischen Entscheidungen miteinbezogen zu werden. Die Mehrheit wünscht sich auch, besser zur Thematik der Patientenverfügung, sowie des Selbstbestimmungsrechts am Lebensende und der Palliativ Care informiert zu werden. Auch wenn diese Zahlen ziemlich eindeutig sind und bereits ein Wandel in der Gesetzgebung stattgefunden hat, gibt es in der Praxis noch immer viele paternalistische Entscheidungen wie im Falle des Herrn Müller. Eine 2013 durchgeführte Erhebung im Rahmen des Nationalen Forschungsprogramms „Lebensende“ zeigte, dass von den getroffenen Entscheidungen am Lebensende bei den voll entscheidungsfähigen Patienten nur 73% direkt mit diesen besprochen wurden. In zusätzlichen 15% wurden Angehörige beigezogen oder es war eine Patientenverfügung vorhanden. Es bleiben also 12% der Entscheide, welche weder besprochen, noch unter Beizug einer früheren Willensäußerung getroffen wurden. Bei den nicht entscheidungsfähigen Patienten waren es sogar 20%, bei welchen der Lebensentscheid einzig durch die Ärzte gefällt wurde.

Diese bedenklichen Zahlen zeigen, dass eine Haltungsänderung von ärztlicher Seite nötig ist. Die Ära der „Halbgötter in Weiss“ ist vorbei, die Arzt-Patienten-Beziehung im Wandel in Richtung partizipativer Entscheidungsfindung. Sicherlich sind jedoch nicht nur die Ärzte für diese beträchtlichen Anteile an paternalistisch getroffenen Lebensentscheidungen verantwortlich. Denn fraglich ist, ob die Autonomie vom Patienten immer gewünscht ist.

Überforderung durch Verantwortung?

Durch die Stärkung der Patientenautonomie wird von Patienten immer mehr Gesundheitskompetenz verlangt. Doch es erfordert Mut, Verantwortung für sein eigenes Leben zu übernehmen und diese nicht an Ärzte oder die Familie zu delegieren. In der Situation des Spitaleintrittes ist der Patient zudem geschwächt und leidet unter den Symptomen seiner Erkrankung. Es besteht eine gewisse Abhängigkeit und er ist auf die Fürsorge anderer angewiesen. Kann und möchte man in dieser Situation selbstbestimmt sein? Roland Kunz bestätigt, dass die Idealisierung der Autonomie in der heutigen Gesellschaft einerseits Segen, andererseits aber auch Überforderung sein kann. Er betont im Weiteren, dass sich nicht nur der Stellenwert der Selbstbestimmung verändert habe, sondern auch die Dimension der Entscheide. „Die Grenzen des medizinisch Möglichen verlieren sich und somit muss aktiv eine Entscheidung gegen eine Behandlung getroffen werden“, sagt der erfahrene Palliativmediziner. Die Erhebung des Nationalen Forschungsprogramms zeigte ebenfalls, dass in fast 50% der erwarteten Todesfälle der Entschluss zu einem Behandlungsverzicht oder –abbruch vorausging. Solche folgenschweren medizinischen Entscheide sind für Patienten und Angehörige schwierig. Und vielleicht mit ein Grund dafür, dass die Patientenverfügung in der Schweiz immer noch wenig verbreitet ist. Gemäss der von Exit in Auftrag gegebenen Studie, welche im April 2016 durchgeführt wurde, besitzen nur gerade 35% der über 50-jährigen Patienten eine Patientenverfügung. Roland Kunz weist noch auf eine weitere Schwierigkeit hin: „Die Patienten möchten zwar einbezogen werden, jedoch die Entscheidung keineswegs alleine tragen“. Die ärztliche Fürsorgepflicht darf nicht auf Kosten der Selbstbestimmung verloren gehen. Es braucht, um der Gefahr der Überforderung vorzubeugen, eine eingehende Beratung mit Berücksichtigung verschiedener Möglichkeiten. Wie wichtig Alternativen für die Entscheidungsfindung sind, zeigt auch die initial erzählte Geschichte von Herrn Müller. Wenn nur zwischen einer Operation oder elendem Sterben entschieden werden kann, besteht keine echte Wahlmöglichkeit. Erst wenn auch umfassend über andere Therapieoptionen wie beispielsweise Schmerztherapie auf einer Palliativstation informiert wird, wird eine gemeinsame Entscheidung von Patient und Arzt überhaupt ermöglicht.

Advanced Care Planning als dynamischeren Ansatz

Auch wenn meine Spitalerfahrung noch gering ist, hatte ich bereits im Wahlstudienjahr das Gefühl, dass eine Gesprächskultur über das Lebensende und die Patientenverfügung fehlt. Es wurde zwar gefragt, ob eine Patientenverfügung vorhanden ist, angeschaut oder sogar besprochen wurde sie jedoch selten. In meinem privaten Umfeld sehe ich eine ähnliche Tendenz. Meine Eltern oder ich selbst besitzen keine Patientenverfügung. Wir alle sind gesund, somit wurde nie an die Notwendigkeit einer solchen gedacht. Meine Grossmutter besitzt zwar eine Patientenverfügung, diese hat sie jedoch bereits vor zehn Jahren verfasst und den Inhalt kann sie heute selbst nicht mehr wiedergeben. Sollte diese Patientenverfügung nun in Kraft treten, kämen mir Zweifel. Ich kann mir gut vorstellen, dass meine Grossmutter in einigen Punkten während diesen zehn Jahren ihre Meinung geändert hat. Im Weiteren erstaunt es nicht, dass Patientenverfügungen, welche ohne Gespräch und Beratung erstellt wurden, oft Widersprüche enthalten. „Auch klärt die Patientenverfügung längst nicht alle relevanten Fragen“, erklärt Roland Kunz. Daher ist er überzeugt, dass die Patientenverfügung besprochen werden muss, um sie auf die aktuelle Situation anzupassen und zu konkretisieren. Ein Ansatz in diese Richtung ist das Advanced Care Planning. Diese dynamischere Form der Patientenverfügung basiert auf regelmässigen Gesprächen über den Willen des Patienten. Gerade bei chronischen Krankheiten können so die Wünsche und Vorstellungen laufend besprochen werden, Therapieoptionen in konkreten Szenarien geplant und potentielle Missverständnisse aufgeklärt werden. Roland Kunz betont auch, dass der Mensch anpassungsfähig sei und sich somit auch immer wieder an neue Umstände gewöhnen könne.

Doch es erfordert Mut, Verantwortung für sein eigenes Leben zu übernehmen und diese nicht an Ärzte oder die Familie zu delegieren.

„Palliative Care ist vielmehr eine Haltungsänderung vom aussichtslosen Kampf gegen die Krankheit hin zum Fokus auf ein möglichst gutes Leben mit der Krankheit.“

Spitäler nur als Orte der Heilung?

Das Gespräch als zentraler Bestandteil einer zweckmässigen Patientenverfügung scheint somit unbestritten. Doch gerade beim Tabuthema Tod tun sich auch viele Ärzte immer noch schwer. Es widerspricht der Heilung, dem primären Funktionsziel von Spitälern. Bei uns im Studium hat dieses Thema ebenfalls wenig Platz. Auch Roland Kunz bestätigt, dass oft zu spät an palliative Möglichkeiten gedacht werde. Dabei ist ihm wichtig, dass Palliative Care nicht mit dem Sterben gleichgesetzt wird. „Palliative Care ist vielmehr eine Haltungsänderung vom aussichtslosen Kampf gegen die Krankheit hin zum Fokus auf ein möglichst gutes Leben mit der Krankheit“, erklärt er. Und ich habe dabei das Gefühl, dass wir zukünftigen Ärztinnen und Ärzte viel von Palliativmedizinerinnen profitieren könnten im Umgang mit dem Thema Tod. So hätte wahrscheinlich auch in Herrn Müllers Fall eine Patientenverfügung mit einfachen Kreuzen nicht geholfen. Sicherlich wäre ihm jedoch durch frühzeitige Gespräche und Aufzeigen von Alternativen vieles erspart geblieben.

Serena Schelb

Radiologie: Eine Symbiose aus Technik und Medizin

Häufig wird Studierenden im 6. Studienjahr der Ratschlag erteilt: Wählt eure Facharztausbildung weise, wählt ein Fach mit Zukunft. Der allgegenwärtige Drang, durch technischen Fortschritt effizienter und besser zu werden, ist hoch. So wird manchmal bis in den Hörsaal gemunkelt, ob RadiologInnen nicht durch intelligente Software ersetzt werden könnten. Ist das wirklich so? Im Interview mit Dr. med. Thi Dan Linh Nguyen-Kim, Oberärztin auf der Radiologie und Leiterin des 3D Labors am USZ, erfahre ich mehr über die Weiterbildung zur Radiologin und wie sie die Zukunft des Faches einschätzt.

Warum hast du dich für den Facharzt Radiologie entschieden?

Ehrlich gesagt habe ich mich erst sehr spät für die Radiologie entschieden. Während dem Studium in Deutschland und im PJ hat mich die Chirurgie viel mehr interessiert, sodass ich nach dem Studium auch erst einige Jahre als chirurgische Assistenzärztin tätig war. Später fiel mir dann auf, dass ich neben dem Operieren auch grosse Freude an der Bildgebung und der Diagnostik habe. Der gemeinsame Nenner der beiden Fächer liegt in der Anatomie. Zudem lassen sich in der Bildgebung Korrelate für pathophysiologische Vorgänge darstellen. So geht es nicht nur um einen statischen Zustand, sondern um dynamische Prozesse. Die verschiedenen Modalitäten mit ihren unterschiedlichen Einsatzgebieten machen das Fach vielseitig. Wenn der

Ultraschall bei einer Appendizitis seine Grenzen erreicht hat, kann man die CT einsetzen oder bei einer schwangeren

Frau die MRT. Den Wechsel zur Radiologie habe ich somit nie bereut.



3D-Rekonstruktion eines menschlichen Körpers

Du bist Leiterin des 3D Labors - was ist das genau?

Im 3D Labor rekonstruieren wir - wie der Name schon sagt - 3D Bilder. Noch vor wenigen Jahren war dies sehr zeitintensiv. Auch musste man zuerst einmal herausfinden, was sich eigentlich gut rekonstruieren lässt und bei welchen Fragestellungen das Verfahren Sinn macht. Mittlerweile sind wir viel weiter. Eine Rekonstruktion lässt sich mit ein paar Mausklicks in wenigen Minuten anfertigen. Zum einen wenden wir 3D Bildrekonstruktionen häufig in Studien an. Beispielsweise lässt sich so das Therapieansprechen eines bestimmten Tumors messen. Zum anderen arbeiten wir im Rahmen der präoperativen Planung von Tumorresektionen oder rekonstruktiven operativen Eingriffen intensiv mit der Chirurgie zusammen. Auch in der präinterventionellen Planung der transfemorale Aortenklappenrekonstruktion spielt die Radiologie eine grosse Rolle. Das ist eine weitere sehr interessante Schnittstelle zwischen den beiden Fächern.

Welche Rolle spielt die Interventionelle Radiologie während der Facharzt-Ausbildung?

In der Assistenzarztzeit ist eine Rotation auf die Interventionelle Radiologie festgelegt, sodass man als AssistentIn die Grundlagen kennenlernt oder sich vielleicht sogar für die Weiterbildung entscheidet. Die Interventionelle Radiologie befindet sich letztlich in der Mitte zwischen der konservativen Therapie und den operativen Möglichkeiten. Sie bietet ein sehr interessantes Spektrum an Eingriffen, angefangen bei Biopsien über Gefässprothesen bis hin zu Tumo-

rembolisationen oder der selektiven internen Radiotherapie (SIRT). Man braucht vor allem ein gutes dreidimensionales Vorstellungsvermögen, um sich mit der Bildgebung und bei der Handhabung der Instrumente zurechtzufinden. Gleichzeitig ist das Fach auch vermehrt in der Notfallversorgung gefragt und beinhaltet dementsprechend auch mehr Bereitschaftsdienste.

Auch andere Fachärzte, zum Beispiel Kardiologen im Herzkatheter, nutzen interventionelle Techniken. Meinst du, es würde mehr Sinn machen, wenn all diese Eingriffe bei den Interventionellen Radiologen gebündelt wären?

In Spezialgebieten wie zum Beispiel der Kardiologie ist es durchaus sinnvoll, dass Interventionen durch den behandelnden Arzt direkt durchgeführt werden. Prinzipiell bildet die diagnostische Radiologie die Basis. Die akquirierten Bilder dienen als Plattform, auf der die bildgesteuerte Intervention geplant wird. Somit ist es nur logisch, dass die Radiologie auch die interventionelle Therapie selber durchführt. Je nach Fall geschieht das in Rücksprache oder in Zusammenarbeit mit der behandelnden Klinik. Auch in Hinblick auf die optimale Patientenversorgung, zum Beispiel der Minimierung der Strahlendosis, spielt die Radiologie eine wichtige Rolle.

Es wird manchmal behauptet, dass die oder der erfahrene RadiologIn dank neuer „pattern recognition“- und „machine learning“-Software bald durch Computer ersetzt werden. Wie siehst du die Zukunft der Radiologie?

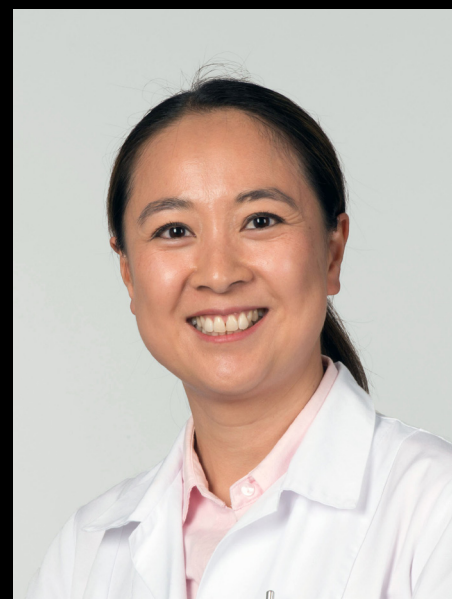
Schon jetzt arbeiten wir viel mit solcher Software und helfen auch bei deren Weiterentwicklung. Ich den-

ke, dass Computer in der Tat grosses Potential haben, gerade in Bereichen, wo das menschliche Auge nicht mehr genug Trennschärfe hat oder bei sehr grossen Datenmengen. Ich sehe diese plakative Aussage aber eher als eine Herausforderung, um zu beweisen, dass Computer spannende Möglichkeiten bieten und grosse Hilfen im Alltag sein können, aber sicher nicht erfahrene RadiologInnen ersetzen werden. Ein Computer wird nicht an ein Tumorboard gehen und interdisziplinär Fälle besprechen.

Stimmt das Klischee, dass Radiologen die Dunkelheit lieben?

(lacht) Sicher nicht mehr so wie früher. Mittlerweile sind die Bildschirme so gebaut, dass man sie auch im Tageslicht benutzen kann. Für das Auge ist es aber manchmal doch angenehmer, den Raum etwas abzdunkeln.

Lenia v. Hammerstein



Dr. med. Thi Dan Linh Nguyen-Kim, USZ

DARF MAN ALLES WÄHLEN?

Die vielfältige Rolle des Patienten

Arzt-Sein ist nicht einfach - Patient-Sein aber auch nicht. Ein Perspektivenwechsel durch Erfahrungsberichte hilft, Wünsche und Anforderungen an die Ärzteschaft besser zu verstehen.

Klient, Partner, Objekt der Kasuistik im Studium, Kunde oder hilfesuchender Mitmensch – was ist und was sollte ein Patient idealerweise sein?

Mit dieser Frage begann die Ideensammlung für die Texte in dieser Ausgabe des Ziners. Schon bald war sie Gegenstand einer hitzigen Diskussion innerhalb unseres Redaktionsteams: In manchen Fällen seien die Ärzte nun einmal bloße Gesundheitsanbieter, bei welchen sich der Patient als Kunde eine definierte Leistung für Geld erkaufte. 115.- für einen Urintest, ein kurzes Gespräch über die Blasenentzündung und ein Fosfomycin-Granulat. 170.- für ein Röntgenbild bei rasselndem Husten, aus Angst vor einer Lungenentzündung. Der Unterschied zu den 75.- für den neuen Haarschnitt ist nicht gross.

Als zukünftige Ärzte verletzt uns diese unromantische Vorstellung des ärztlichen Berufes. Wir sind davon überzeugt, mehr zu tun, als dass eine rein wirtschaftliche „Behandlung gegen Geld“ hergeben könnte.

Empathie, Beratung, Begleitung und Menschlichkeit machen unserer Meinung nach den entscheidenden Unterschied zwischen dem Arzt-Patientenverhältnis und der kühlen Kunden-Verkäuferbeziehung.

Schon bald unterhielten wir uns in dieser Diskussion über Supermodels, die bereits lange vor dem natürlichen Geburtstermin einen Kaiserschnitt verlangen. Dieser Wunsch kommt zustande, weil sie die hart erarbeiteten Konturen ihres Körpers nicht durch eine natürliche Geburt verformen lassen wollen. Die wirtschaftliche Führung eines Spitals ist selbstverständlich an der „Business Sektio“ auch erfreut. An einem Kaiserschnitt verdient das Spital deutlich mehr als an einer natürlichen Geburt. In Privatkliniken werden im Durchschnitt öfter Kaiserschnitte durchgeführt als in Allgemeinspitälern. Man spricht von Zahlen von bis zu 60% der Kinder, welche im Operations- und nicht im Geburtssaal zur Welt kommen. Der von der WHO empfohlene und medizinisch indizierte Anteil von Kaiserschnittentbindun-

gen an der Gesamtgeburtenrate beträgt allerdings lediglich 10-15 %.

Zwei Frauen erzählten uns im Interview aus einer etwas anderen Perspektive. Beiden blieb die gewünschte Spontangeburt verwehrt. Obwohl sie gegen eine operative Entbindung waren, war diese medizinisch notwendig: Im einen Fall aufgrund einer anatomischen Beckenverengung, im anderen Fall lag ein protrahierter Geburtsverlauf vor, währenddessen sich das Kind in eine Sternengucker-Lage drehte. Bei einer der Patientinnen wurde die Entscheidung alleine durch den Arzt gefällt, die andere wurde in den Prozess einbezogen. Wir befragten die beiden Frauen nach ihren Gefühlen in dieser aussergewöhnlichen Situation.

Wie entschieden Sie sich für den Weg der Geburt ihres Kindes?

Ich habe alle Artikel rund um das Thema Kaiserschnitt ausgelassen, weil für mich klar war, dass ich, wie meine Mutter, eine Spontangeburt haben möchte. Ich lag lange im Wasserbecken, aber unser erstes Kind klemmte in meinem Becken. Als die Herztöne des Kindes langsam zurückgingen, führte der Arzt einen Kaiserschnitt durch – zum Glück! Ein späteres Röntgenbild zeigte, dass nur ein Kind von unter 2 kg Geburtsgewicht durch mein Becken gepasst hätte. In der Situation musste ich mich also nicht entscheiden. Der Arzt hat das für mich übernommen.

Nach 14 Stunden Geburtswehen stellte mich der Arzt vor folgende Optionen: Entweder könnte das Team versuchen, das Kind während weiteren Stunden in den Wehen manuell zu drehen. Dass es gelingen würde, konnte er mir jedoch nicht hundertprozentig versichern. Oder ich könnte das Kind per Kaiserschnitt auf die Welt bringen. Ich dachte mir: „Ok, this kid is sunny side up“ und sagte: „Give me the drugs, please, and let's get this baby out! Without the pain, thank you!“



Illustration von Arcangelo Carta

Wie haben Sie persönlich die Geburt Ihres Kindes erlebt?

Es war ein grosser Stress, ich hatte unglaubliche Angst um das Baby.

Ich war überwältigt vor Glück - unbeschreiblich schön.

Sahen Sie sich dabei eher als Kundin oder als Patientin?

Ganz klar als Patientin, der Arzt hat richtig entschieden.

Ich verstehe den Unterschied nicht ganz. Es ist nichts Schlechtes daran, wie eine Kundin behandelt zu werden.

Bei manch einer Geburt wird der Kaiserschnitt aber nur empfohlen, um mehr Einkommen für den Arzt oder die Klinik zu generieren. Die persönlichen Wünsche der Patientin werden dadurch in den Hintergrund gedrängt. In meinem Fall wurde ich jedoch sowohl als geschätzte Kundin empfangen sowie als Patientin sehr warmherzig und exzellent betreut – Vor, während und nach der Geburt.

Wie gross darf Ihrer Meinung nach der Einfluss des Arztes/der Ärztin auf Entscheidungen bei Behandlungen an Patienten sein?

Wenn ein medizinisches Problem vorliegt, muss der Arzt darauf hinweisen. Ansonsten sollte er die schwangeren Frauen natürlich gebären lassen. Zu Beginn war es schwierig zu akzeptieren, dass ich nicht natürlich gebären konnte. Ich stelle mir eine natürliche Geburt wunderschön vor, doch für mich war die Geburt eine Operation. Erst als ich das Kind in den Armen hielt, war es das grosse Wunder.

Ist die Gesundheit oder das Leben der Mutter des Kindes gefährdet, muss meiner Meinung nach der Arzt/die Ärztin sehr wohl Einfluss nehmen. Ansonsten sollte die Schwangere selber entscheiden dürfen, wie sie ihr Kind zur Welt bringen will.

Anja Forrer und Zehra Hepp

OVERSEAS MIT MEDALUMNI UZH

Im Gespräch mit Dr. med. H.R. Gonzenbach von medAlumni UZH zeigt sich, warum die Alumni-Organisation nicht nur für „Alumnis“ interessant ist, sondern sehr wohl auch für uns Studierende. Ein Student, der schon von medAlumni UZH profitieren konnte, ist Tobias Spiller. Er ist aktuell im 6. Studienjahr und berichtet von seinem Forschungsaufenthalt in Australien während dem Wahlstudienjahr, welcher ihm durch medAlumni UZH ermöglicht wurde.

Herr Gonzenbach, seit wann gibt es medAlumni UZH und mit welchem Ziel wurde es gegründet?

medAlumni UZH wurde im Jahr 2000 gegründet und arbeitet fakultätsbezogen. Es ist ein Verein, der sich unter der Dachorganisation Alumni UZH eingliedert - wie die Alumni-Verbände anderer Fakultäten auch. Das Ziel von medAlumni UZH ist es, die Verbindung zur „Alma mater“, also unserer Universität Zürich, auch nach Ende des Studiums zu halten. Wir möchten der Universität etwas zurückgeben - im Sinne der Forschung und insbesondere der Nachwuchsförderung. Natürlich bietet sich gleichzeitig eine gute Gelegenheit des Netzwerkens, von der Jung und Alt profitieren können.

Warum ist medAlumni UZH schon für uns Studierende interessant?

Seit ca. drei Jahren bieten wir gezielt Forschungsförderung für unseren Nachwuchs an, das heisst für junge AssistenzärztInnen und auch Studierende der letzten Studienjahre. Dabei konzentriert sich medAlumni UZH aktuell auf zwei Projekte: Zum einen das Forschungsförderungsprogramm (FFP), das ein- bis dreimonatige Fellowships im Ausland unterstützt. Hierzu muss der oder die BewerberIn bereits selber eine Einladung vom Partnerlabor mitbringen. Wir helfen dann mit den Finanzen und administrativen Hürden, wie beispielsweise der Beschaffung des Visums. Zum anderen haben wir ein Abkommen mit dem MIT (Massachusetts Institute of Technology) in Boston und können dort einjährige Praktikumsstellen vermitteln. Pro Jahr können wir drei InteressentInnen im Forschungsförderungsprogramm und ein bis zwei Jungforscher am MIT unterbringen - je nach unseren finanziellen Möglichkeiten.

Ich denke, dass Auslandserfahrungen sehr wichtig sind

- sowohl für die Forschung als auch für die klinische Arbeit. Ich war selber zwei Jahre als Assistenzarzt in den USA und habe dort vor allem von dem ausserordentlich guten Teaching profitiert.

Tobias, du warst drei Monate in Australien, kannst du deinen Aufenthalt kurz beschreiben?

Ich habe durch meine Masterarbeit am ‚Ambulatorium für Folter und Kriegsoffer‘ in Zürich den Kontakt nach Sydney vermittelt bekommen, wodurch ich im ‚Refugee Trauma and Recovery Program, UNSW Sydney‘ mitarbeiten konnte. Zum einen habe ich während meines Aufenthalts eine wissenschaftliche Publikation aufbauend auf meiner Masterarbeit geschrieben. Zum anderen konnte ich bei weiteren Studien mithelfen und dazulernen.

Studierende des 6. Studienjahres können sich Anfang 2017 bei medAlumni UZH anmelden und sind die ersten zwei Jahre vom Mitgliederbeitrag von 50 CHF pro Jahr befreit.

Weitere Informationen auf der Website der medAlumni UZH:

<http://www.medalumni.uzh.ch/de.html>

Was war für dich ein besonderes Highlight während deines Aufenthaltes?

Vor Ort war die Arbeit natürlich sehr spannend und ich hatte die Möglichkeit, neue Methoden z.B. in der Statistik zu erlernen. Syndeys Umgebung und das Meer habe ich selbstverständlich auch genossen. Insgesamt bin ich besonders dankbar für die vielen Kontakte, die ich knüpfen konnte und mir nun bei der weiteren Karriereplanung sehr helfen.

Herr Gonzenbach, was sollte man beachten, wenn man sich bewerben möchte?

Wichtig ist, dass man viel Interesse und Ausdauer mitbringt. Zudem braucht man ein (sehr) gutes Empfehlungsschreiben von einem hiesigen Professor und einen

interessanten Projektvorschlag. Alle Bewerbungen werden von einer Jury angeschaut und bewertet. Es ist nicht ausschlaggebend, ob man bereits Publikationen vorzuweisen hat. Weitere Informationen sind auf unserer Website zugänglich.

Tobias, hast du noch einen Tipp für zukünftige Interessenten?

Interessierte sollen sich unbedingt bewerben! Wer sich einen Forschungsaufenthalt gut vorstellen könnte, dem empfehle ich, sich einen Mentor zu suchen und sich in die vorhandenen Strukturen und Netzwerke einzuklinken.

Lenia v. Hammerstein

medAlumni UZH

Alumni-Organisation der
Medizinischen Fakultät Zürich



Als Mitglied

- bleibst Du dein ganzes Leben lang mit deinen Mitstudierenden und der Uni Zürich verbunden
- hilfst Du mit, junge Forscher/innen der Medizin zu unterstützen
- nimmst Du an interessanten Events teil
- profitierst Du von vielen Vergünstigungen

Erfahre mehr auf der medAlumni UZH Website: www.medalumni.uzh.ch

Mitgliedschaften sind ab dem 6. Studienjahr möglich. Der Jahresbeitrag von CHF 50.00 wird erst im 2. Jahr nach dem Staatsexamen fällig.

Mitglied der Dachorganisation Alumni UZH

ALUMNI UZH



Universität
Zürich^{UZH}

Mein Wahlstudienjahr

Szenen aus dem Leben von Unterassistenten

„Wer kennt es nicht: Man steht die ganze Zeit überflüssig im OP herum. Endlich sah mich jemand an und gab mir zu verstehen, dass er mir etwas sagen wollte: ‚Würsch bitte no de Mundschutz ufetue?‘“

„Das erste Mal im Koro. Ich sollte einen Strahlenschutz anziehen: die Bleischürze und den Schilddrüsenschutz. Letzterer sieht aus wie ein Golfchäppli, nicht? Den Rest kann man sich denken...“

„Während meines Praktikums in Paris: In der ersten Woche auf der Gynäkologie fand ich mich in der Situation wieder, eine schwangere Patientin alleine untersuchen zu müssen. Meine Oberärztin hatte mir gesagt, ich solle beginnen und sie erst rufen, wenn ich ganz fertig bin. Mit dem Ziel, den Auftrag zu erfüllen, legte ich los. Leider kannte ich das Passwort für den Computer nicht, die Sprache auch kaum und den Einschaltknopf für den Ultraschall suchte ich lange. Die Ahnungslosigkeit war gross, die Erkenntnisse bescheiden. Die Patientin hatte sich ihre zweite Schwangerschaftskontrolle vermutlich auch anders vorgestellt...“

„Auf dem Notfall wurde ich zu einem Mann mit Bauchschmerzen geschickt. Auch nach der Anamnese und Untersuchung war mir nicht ganz klar, was diesen armen Mann plagte. Plötzlich meinte er, dass er die Ursache der Schmerzen vielleicht doch kenne. Auf den angefertigten Röntgenbilder des Abdomens konnte dann auch ich die eingeführte Glasflasche erkennen...“

„Nach der Spaltlampenuntersuchung in der Ophthalmologie vergass ich, dass mein Patient das Kinn noch auf der Kinnstütze aufgestützt hatte, während ich das Gerät zurückfuhr... Erst nach dem 3. Patienten habe ich es gelernt!“

„Ich wurde richtig zwanghaft, wenn es darum ging, sich auch ja allen vorzustellen. Als ich auf der Anästhesie bei einer Sectio dabei war, habe ich mich jeder Person im OP mit Vornamen und Funktion „Uhu“ vorgestellt. Irgendwann habe ich gemerkt, dass einer davon der zukünftige Vater war, und ich mit ihm Duzis gemacht hatte...“

„Eine Patientin kam wegen Bauchschmerzen und Blut ab ano auf den Notfall. Sie war Polytoxikomanin und psychisch auffällig. Als ich ihr erklärte, ich müsse sie digital-rektal untersuchen, zog sie sich sofort aus und lag mit ausgestrecktem Gesäss auf dem Bett, bereit für die Untersuchung. Auch als ich ihr sagte, dass es noch dauern könnte, bis ich das Okay vom Oberarzt habe, wollte sie so liegenbleiben, bis er vorbeischaute...“

„Nach einem Blasenscan sagte der Patient plötzlich, ich solle jetzt lieber die Nieren untersuchen. Naiv fragte ich ihn wieso, da bemerkte ich die sich anbahnende Erektion...“

„Von einer gleichaltrigen Patientin bekam ich nach der digital-rektalen Untersuchung (DRU) das Feedback, ich hätte es sehr gut gemacht...“

„Bei einem Patienten aus dem Nahen Osten musste ich (männlich) nach dem Untersuchen der Genitale noch eine DRU machen. Als ich dabei war, kam von ihm plötzlich: BI ABER NÖD SCHWUL!“

„Nach einer Circumcision sagte mir der zuständige Anästhesist, ich solle auf dem Notfall eine Penisschiene für den Patienten organisieren.

Als ich nach der Grösse fragte, sagte er mir, die Zuständigen auf dem Notfall wüssten Bescheid. Mit dieser Mission ging ich gutgläubig ins Stationszimmer. Dort erfuhr ich, dass es so etwas wie eine Penisschiene gar nicht gibt und besagter Anästhesist den Witz wohl öfter macht...“

„Meinem Patienten, einem jungen Spanier, musste ich mit meinen spärlichen Urlaubsspanisch-Kenntnissen erklären, dass ich nun eine DRU machen muss: Y ahora tengo que hacer otra examinación, tengo que ir con el dedo en el culo“.



Illustration von Corinne Wissmann

gesammelt von
Dinah Hertig & Melanie Hediger

HYPOCHONDRIE

Gedankenkrebs

Die Hypochondrie wurde bereits vor etwa 2000 Jahren beschrieben. Obwohl das Phänomen der krankhaften Selbstbeobachtung heute als psychische Störung anerkannt ist, wird es zu oft als Wehleidigkeit und Einbildung abgetan - so auch von Ärzten.

Zwei Portraits sollen das anhaltende Missverständnis beleuchten.

Zeitlos übertrieben

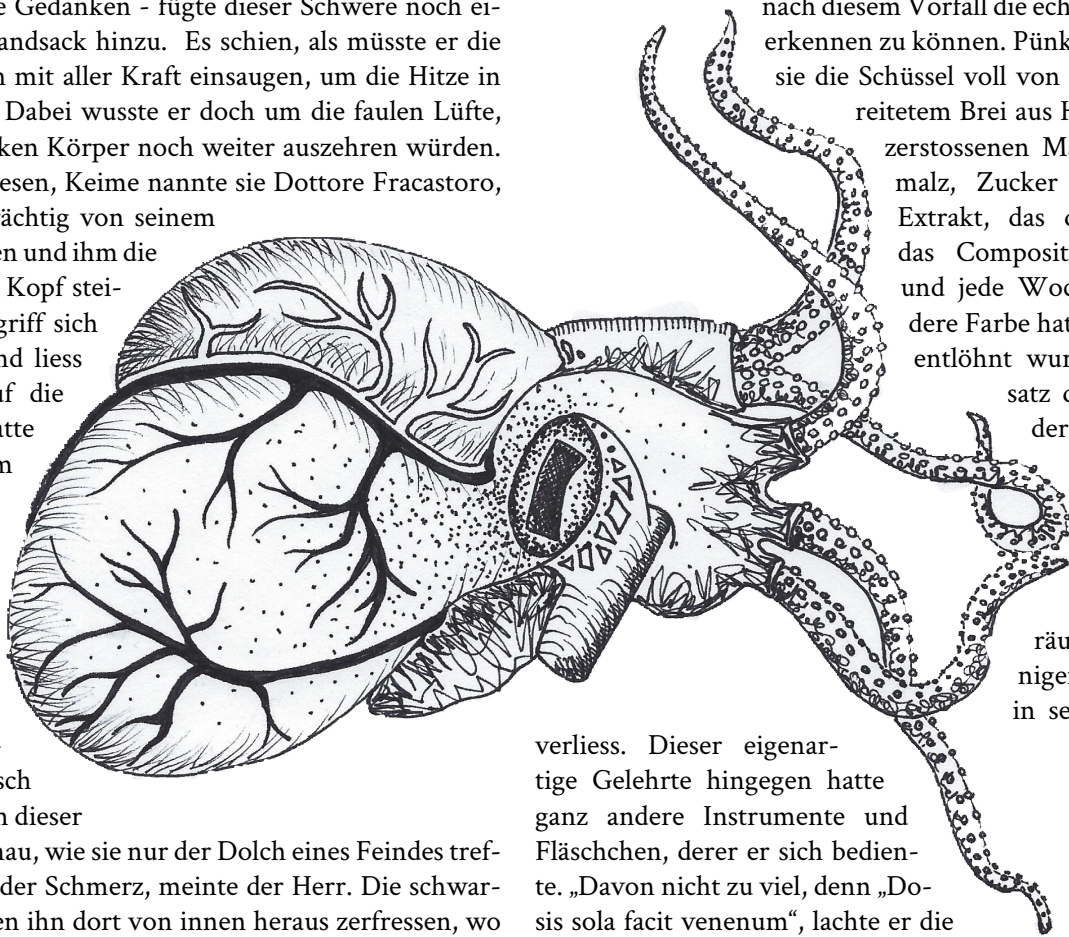
Ätzende Galleschübe bescherten ihm wieder dieses Fieber. Seine Gliedmassen fühlten sich schwer an und jeder Gedanke - es waren viele kreisende und wiederkehrende Gedanken - fügte dieser Schwere noch einen weiteren Sandsack hinzu. Es schien, als müsste er die Luft von aussen mit aller Kraft einsaugen, um die Hitze in sich zu kühlen. Dabei wusste er doch um die faulen Lüfte, die seinen kranken Körper noch weiter auszehren würden. Kleinste Lebewesen, Keime nannte sie Dottore Fracastoro, würden sich prächtig von seinem roten Saft nähren und ihm die Melancholia zu Kopf steigen lassen. Er griff sich an die Brust und liess seine Feder auf die dunkle Tischplatte fallen. In diesem Augenblick betrat die gute Hausgehilfin die Kammer und sah ihren leidenden Herrn gekrümmt an seinem Schreibtisch sitzen. Genau an dieser Stelle, punktgenau, wie sie nur der Dolch eines Feindes treffen konnte, sei der Schmerz, meinte der Herr. Die schwarzen Säfte würden ihn dort von innen heraus zerfressen, wo ihre Quelle unversiegbar die Krankheit ausspie, schwor der edel gekleidete Mann. Nur sein Leibesarzt persönlich könne ihm in seiner argen Not noch helfen, wo dieser denn bliebe, die Sonne sei doch schon längst untergegangen! Die arme Hausfrau wusste um die Anfälle ihres Herrn, der von aussen gesund schien und von innen von Würmern zerfressen war wie ein alter Apfel, den sie nur noch vor die Säue werfen

würde. Sie hatte den Bruder des Herrn - Gott sei ihm gnädig - in seinen letzten Stunden gesehen. In Schweiß getränkt ist er innerhalb eines Abends weggestorben und sie glaubte,

nach diesem Vorfall die echte Krankheit erkennen zu können. Pünktlich brachte sie die Schüssel voll von eigens zubereitetem Brei aus Hühnerbrust,

zerstossenen Mandeln, Schmalz, Zucker und einem Extrakt, das der Leibarzt das Compositum nannte, und jede Woche eine andere Farbe hatte. Reichlich entlohnt wurde der Einsatz des Medicus, der die Kammern des Geplagten nie ohne das klirrende Geräusch von einigen Münzen in seinem Beutel

verliess. Dieser eigenartige Gelehrte hingegen hatte ganz andere Instrumente und Fläschchen, derer er sich bediente. „Davon nicht zu viel, denn „Dosis sola facit venenum“, lachte er die Hausgehilfin an, welche zwar nicht verstand, dass nur die Dosis das Gift machte, aber sehr wohl, dass er dem Herrn den Brennstoff seiner Gespinnste ins Essen mischte. Schnell noch untersuchte er die feste Narbe des letzten Aderlasses. Das nächste Mal, wenn der Schmerz heftig sei, treibe man es getrost bis zur Ohnmacht, das Gedärm solle denn auch noch einmal rechtens ausgespült werden.



Google macht krank

Der Hypochonder ist kein griechischer Halbgott, wie sein Name suggeriert. Er ist der Protagonist einer Tragikomödie, welche die modernen Arztpraxen zur Bühne hat.

Zu Beginn wird uns eine bleiche, matte Gestalt vorgestellt. Der Zuschauer kann sich zu diesem Zeitpunkt gar nicht vorstellen, mit welcher glühenden Besessenheit sie gestern am Arbeitsplatz, auf dem Nachhauseweg im Tram und dann die ganze Nacht die Orakel des „Sprechzimmer“ und „Netdoktor“ nach ihrem Schicksal befragt hat. Darum kaut

sie jetzt mit apokalyptischer Gewissheit im Wartezimmer der neuen Hausarztpraxis und zupft nervös die Fusseln vom Wollmantel. Die tragische Figur hat jegliche Vorabklärungen bereits geleistet. Jetzt gilt es nur, mit dem verdutzten Hausarzt gemeinsam noch einmal die Achterbahn von Krankheitsbildern zu fahren. Der Hypochonder steigt dabei vorerst mit trivialen Beschwerden wie Kopfschmerzen ein. Nach einem nervenaufreibenden Schleudergang durch ausgedruckte Artikel aus dem Netz und der obligatorischen persönlichen Anekdoten vom entfernten Verwandten - bei ihm wurde genau diese eine Krankheit scheinbar aus dem Nichts festgestellt! - steigt der vermeintlich Todgeweihte mit der Selbstdiagnose bösartiger Hirntumor wieder aus. Diese muss dann natürlich noch mit so einem MRI bestätigt werden.

Dass der fünfte Fachmann in Folge vor Aufnahmen einer völlig intakten Anatomie steht und dem Patienten die vermutete Krebserkrankung beim bestem Willen nicht bestätigen kann, versteht der Hypochonder nicht etwa als ein Happy End. Im Gegenteil feuert ein Nicht-Befund seine

irrationalen Ängste weiter an. Was kann das nur für eine komplexe, mutierte, neuartige Unterform seiner Krankheit sein, die sich dem Blick gleich mehrerer Experten entzieht?

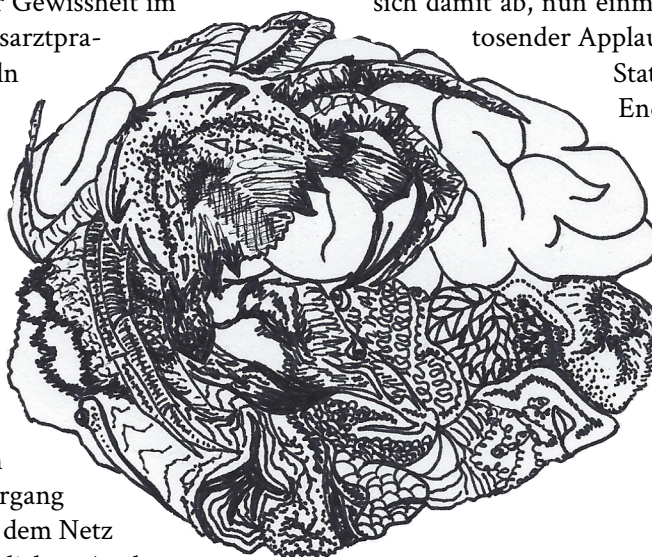
Der Kampf gegen das unsichtbare Gebrechen mit furioser weiterführender Internetrecherche zeigt schliesslich erste Nebenwirkungen: Freunde halten es in letzter Zeit knapp. Die Flitterwochen auf Phuket sind storniert, das gehe ihr mit seinen Phantasien zu weit, meinte seine Frau.

An dieser aussichtslosen Stelle wartet das gespannte Publikum auf die witzige Pointe: Der Hypochonder findet sich damit ab, nun einmal kerngesund zu sein. Gelächter,

tosender Applaus - was für eine Komödie!

Stattdessen hinterlässt uns das offene Ende der Geschichte mit der bitteren Ahnung vieler verschwendeter Mühe und einer verpassten Diagnose.

Delila Ališa



Illustrationen von Neira & Delila Ališa

“Gerade auch die
verschiedenen
Kulturen und
Sprachen der
Mitarbeiter
sind sehr
bereichernd.”

Rosa Soares reinigt seit
20 Jahren das USZ

Die Reinigungs-Familie des USZ

Ohne sie wäre das Chaos am Universitätsspital Zürich vorprogrammiert: Mehr nosokomiale Infektionen, unzufriedene Patienten, die Chirurgen könnten nicht mehr operieren. Die Rede ist vom Reinigungsteam des Universitätsspitals. Täglich reinigen, desinfizieren und säubern die rund 275 Mitarbeiter alle Winkel des USZ.

Rosa Soares führt mich mit zügigen Schritten in Richtung Büroraum. Schnell ist mir klar – im Universitätsspital kennt sie sich aus. Seit 20 Jahren arbeitet sie hier. Eigentlich wollte sie Hilfspflegerin werden, doch sprachlich war dies schwierig, als sie vor 25 Jahren aus Portugal in die Schweiz kam. Mittlerweile ist die Sprache kein Problem mehr, Soares erzählt lebhaft von ihrer Arbeit als Reinigungskraft. Flexibel müsse man sein, denn die Arbeit wandle sich stark. Immer wieder ändern sich die Richtlinien der Spitalhygiene und aktuell sei sie gerade in ein Pilotprojekt einer neuen Bettenreinigung involviert. Auch dass sie nun als Tagesverantwortliche tätig ist, macht ihr Spass. Sie ist ein Mensch, der immer in Bewegung sein muss. Klar, manchmal sei es streng, ihr Arbeitstag beginnt um sieben Uhr Morgens und in ihrem 100% Pensum ist öfters ein Wochenenddienst enthalten. Doch wenn jeder seinen Teil beiträgt, ist schlussendlich die Arbeit bis zum Feierabend erledigt. Diese Teamarbeit ist Rosa Soares wichtig. Gerade auch die verschiedenen Kulturen und Sprachen der Mitarbeiter seien sehr bereichernd. „Wir sind eine Familie“, erklärt Soares glücklich. Der Kontakt mit den Menschen ist für sie zentral, sie schätzt auch die kurzen Kontakte zu den Patienten. Gerne erzählt sie beispielsweise von der Zeit, als sie für zwei Jahre fest auf der Palliativstation eingeteilt war. Sie fühlte sich ins dortige Team

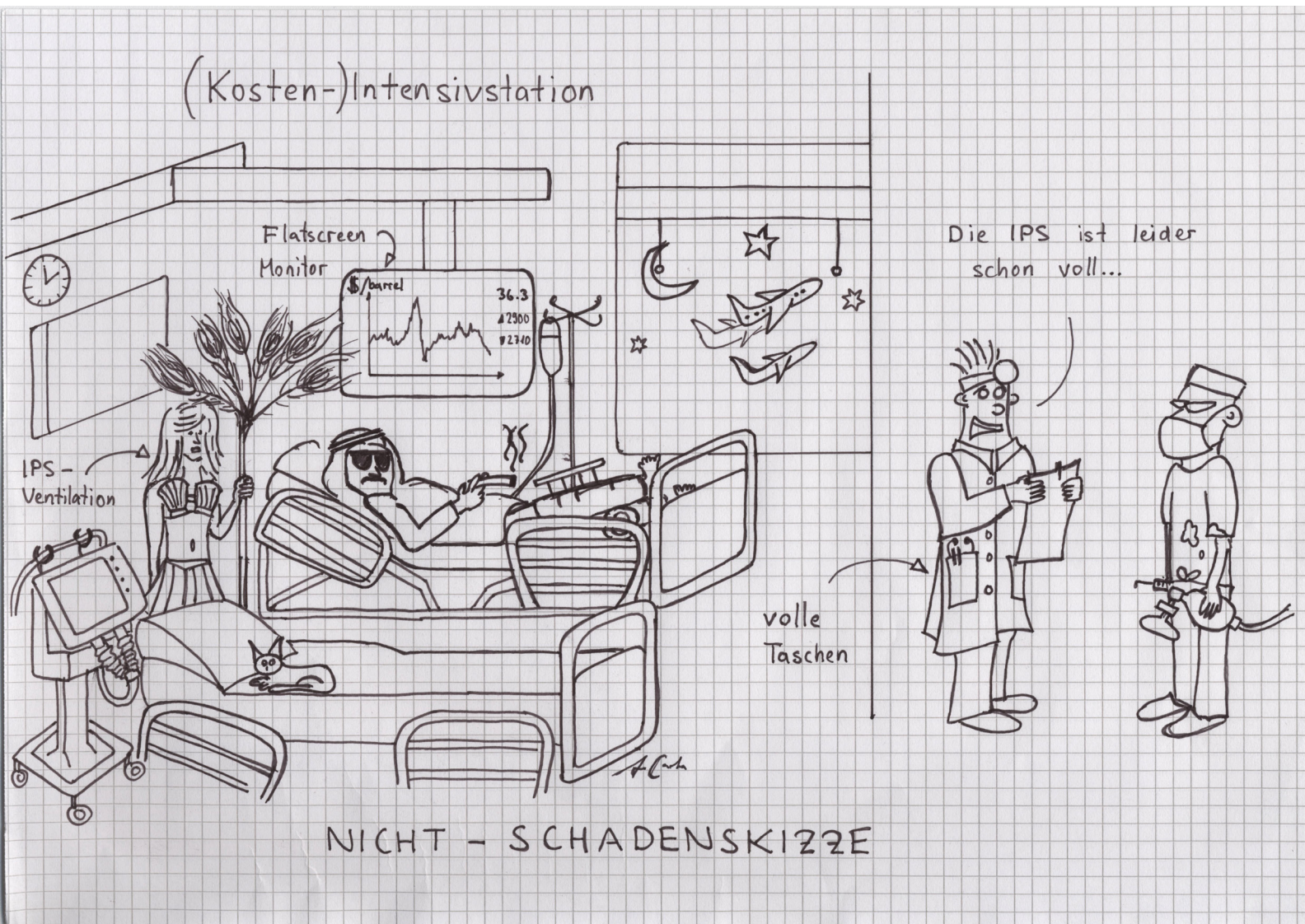
integriert und schätze die regelmässigen Patientenkontakte, auch wenn der Umgang mit den schwerkranken Menschen anfänglich belastend für sie gewesen sei. Aktuell wechselt sie wieder zwischen verschiedenen Stationen. Doch auch ohne feste Station scheint Soares in den Spitalalltag integriert. So erzählt sie die Geschichte einer Patientin, welche dringend auf die Toilette musste, als sie bei der Reinigung des Zimmers war. Soares klingelte der Pflege, doch es eilte zu sehr und die Patientin begab sich mit Soares Hilfe auf den Weg zum Badezimmer. Leider reichte es nicht bis zur Toilette. Immerhin hatte Soares bereits die Reinigungsutensilien bei sich. Soares lacht, als sie die Geschichte erzählt, menschliche Ausscheidungen zu reinigen stört sie nicht. Lediglich trockenes Blut säubere sie nicht gerne, der Geruch sei zu stark. Frisches Blut hingegen sei kein Problem, abgesehen von Spritzen; davor habe sie Respekt. Eine Mitarbeiterin habe sich kürzlich gestochen, seither sei sie sensibilisiert auf dieses Thema. Angst vor Infektionen habe sie aber keine. „Dann wäre ich im Spital am falschen Ort“, meint Soares. Dass sie jedoch genau in diesem Umfeld sehr gerne arbeitet, merkt man deutlich. Soares erklärt mir die Reinigungsabläufe, welche Codes für die tägliche und welche für die gründliche Reinigung stehen und verweist auf die Spezialprocedere bei Isolationsmassnahmen. So werde beispielsweise bei Patienten mit Clostridium difficile-In-

fektion mit Terralin gereinigt nicht zur Freude der Patienten, denn dieses Desinfektionsmittel rieche fürchterlich. Dies führte bei einem Patient sogar dazu, dass er die Reinigung seines Zimmers nicht mehr wünschte. Ansonsten werde ihre Arbeit jedoch von den meisten Patienten sehr geschätzt. Und wie ist der Kontakt mit den Ärzten? Da gebe es natürlich alles, lacht Soares. Teils werde sie freundlich begrüsst, selten auch mal herablassend behandelt. Doch dies nimmt sie gelassen. Sie wisse schliesslich, dass ein Spital ohne Reinigung nicht funktionieren würde.

Serena Schelb

SDRASTVUJTE, DOKTOR!

Wenn das Spital zur Feriendestination wird.



Wenn es auf die Spitze getrieben wird...

Das International Office bietet
nebst Hotelempfehlungen und
Visumbeschaffung auch eine
individuelle fachärztliche Beratung.

Es sind die frühen Morgenstunden eines kalten Stephanstags. Währenddem sich Herr und Frau Zürcher noch nach dem vorabendlichen Weihnachtsschmaus erschlagen im Bett wälzen, durchbricht ein Donnern die Stille. Am Himmel braust ein Flugzeug der katarischen Regierungsflotte Richtung Kloten. Geladen hat es nicht 'Gottes Sohn voll Gnaden' sondern ein kleines Weihnachtsgeschenk für die hiesige Gesundheitsbranche: Scheich Hamad bin Khalifa Al Thani von Katar mit einer Hüftverletzung.

Dieses medienwirksame Ereignis ist ein Extrembeispiel. Der VI-Patient verblüffte nicht nur mit einer Aufhebung der Nachtflugsperre für gleich drei Flugzeuge, er setzte sich auch über grundlegende Sicherheitskonzepte wie das Rauchverbot in Spitälern hinweg. Gemäss dem Schweizer Fernsehen wurde, als es dem Scheich nach einer Zigarre verlangte, der Rauchmelder des Aufwachraumes kurzerhand ausgeschaltet. Da erscheint es schon fast als Randnotiz, dass der Chefarzt für den einstigen Emir seine Ferien abbrach und dass das Essen vom Dolder Grand Hotel geliefert wurde.

Etwas distanziert und medizinisiert betrachtet könnte man aber auch sagen, dieses Ereignis sei ein Symptom unseres Gesundheitswesens. Eines Gesundheitswesens, in welchem Spitäler sich konkurrieren müssen, indem Spitäler wachsen müssen und sich so um die besser zahlenden Patienten streiten müssen.

Das Seilziehen um Privatversicherte ist uns allen bekannt. Einzelzimmer und à la carte Gastronomie gehören schon fast zum Standard. Als Assistenzarzt und Unterassistent leidet man gewöhnlicherweise an Privatpatienten, da deren Behandlung oft Chefsache ist und man so zur Schreibkraft degradiert wird. Der schweizweite Anteil solcher 'Kunden' ist aber begrenzt und um sie buhlen viele Spitäler mit harten Bandagen, sodass das aus ihnen resultierende Wachstum begrenzt ist.

Und so entdeckt unsere Gesundheitsversorgung nun immer mehr den Gesundheitstourismus. Das Universitätsspital Zürich beispielsweise hat neuerdings nicht nur eine russische Homepage, es führt auch ein International Office, welches sich persönlich um Patienten aus dem Ausland kümmert, die sich auf eigene Kosten am USZ behandeln

lassen. Nebst Hotelempfehlungen und Visumbeschaffung wartet dieses auch mit einer individuellen fachärztlichen Beratung auf.

Diese Bemühungen kulminieren in der Organisation Swisshealth, welche eine Zusammenarbeit von Schweiz Tourismus und insgesamt 22 Mitgliederspitälern (u.a. das Universitätsspital Zürich, das Kantonsspital Winterthur, das Kinderspital Zürich und das Universitätsspital Basel) darstellt. Der Verein hat die Aufgabe, «das Schweizerische Gesundheitssystem sowie die medizinischen Leistungserbringer in den Zielmärkten zu bewerben (...)». Ein Mittel dazu ist das gleichnamige Magazin, welches stilistisch kongruent Hotelanzeigen und Interviews mit Ärzten in leitenden Positionen vereint. Dabei steht die Aufmachung anderen journalistisch wertvollen Magazinen wie zum Beispiel der Schweizer Illustrierten oder der Glückspost in nichts nach. Die Ärzte blicken seriös, in weissen faltenfreien Mänteln vor einer Wand voll Bücher, vor teuren Geräten oder auch in Interaktion mit einem Skelett. Gespickt wird das Ganze von wunderschönen Modelpatienten und sensationellen Landschaftsaufnahmen. Wenn es einem da nicht gleich nach einer Operation gelüftet...

«Das ist alles gelogen(...) Abgesehen von morgen Morgen und den Fragen die ich frage», lautet der Songtext des Berner Rappers Manillio. Dieses Credo lässt sich nicht nur auf Werbung und Politik übertragen. Auch in der Medizin ist vieles nicht das, was es vorgibt zu sein. Und so frage ich mich: Was ist der Zweck unseres Gesundheitswesens? Weshalb studiere ich sechs Jahre lang Medizin?

Elia von Felten

DIE ENTSCHEIDUNGEN

„Was führt Sie denn zu mir, Frau W.?“

Die Patientin nimmt auf dem Stuhl gegenüber von Dr. Albrecht Platz und schaut ihn regungslos an. Wortlos hebt Frau W. ihre Tasche an, holt einen Zettel hervor und legt ihn besorgt auf den Tisch. Dr. Albrecht liest:

Ich, 48 J., hatte vor drei Jahren aufgrund eines Tumors eine Ileumexzision. Nun, nach drei Jahren, habe ich eine auffällige blasse Hautfarbe, eine Hämoglobinkonzentration von 86g/l und ein erhöhtes MCV von 110 fl. Auf welchen Vitaminmangel sind meine Symptome zurückzuführen?

- (A) ☐ Folsäure
- (B) ☐ Vitamin B1
- (C) ☐ Vitamin B6
- (D) ☐ Vitamin B12
- (E) ☐ Vitamin K

„Ha, das weiss ich!“, denkt Dr. Albrecht, setzt das Kreuzchen bei (D) und überreicht Frau W. stolz wieder ihren Zettel. Durch leichtes Kopfnicken bedankt sie sich wortlos, steht auf und verlässt den Raum. Sie schliesst die Tür.

Keine fünf Minuten später, als Dr. Albrecht gerade seinen Bleistift spitzen wollte, piepst plötzlich sein Pager. Der Patient in Zimmer Sieben hat den Alarmknopf betätigt und es war sofortiges Handeln erforderlich! Dr. Albrecht blickt auf seinen immer noch ungespitzten Bleistift. „Das muss reichen“, denkt er, ergreift den Stift und eilt schnellen, aber würdevollen Schrittes zu Herrn B. in Zimmer Sieben.

„Wo ist der Zettel?“, schreit Dr. Albrecht beherrscht.

Der Patient, keuchend und sich mit beiden Armen am Tisch stützend, nickt verzweifelt in Richtung Bett. Sofort eilt Dr. Albrecht zum Bett und entdeckt dort auf dem Kissen ein Stück Papier. Mit flinken Fingern ergreift er es und liest in einer Geschwindigkeit, wie dies nur ein erfahrener Arzt wie Dr. Albrecht zu lesen vermag:

„Ich, 28J., leide an Asthma. Momentan erleide ich einen..“

Mit dramaturgischem Elan wischt Dr. Albrecht den Nachtschisch frei, knallt den Zettel drauf und setzt mit geübter

Strichführung das Kreuzchen.

„Halt!“, denkt er „Da stimmt was nicht...“.

„Schwester, Ich brauche einen Radiergummi!“, schreit Dr. Albrecht. „Und zwar zackig!“.

Sofort eilt eine Pflegerin herbei und reicht Dr. Albrecht ehrfürchtig den Radiergummi.

Mit drei kräftigen Radierbewegungen entfernt er das falsch platzierte Kreuzchen und setzt mit ebenso bestimmter Präzision das neue. Das Kreuz sitzt Perfekt. Keine überstehenden Ränder, 90° Winkel in der Mitte und mit der exakt richtigen Druckintensität.

Zufrieden wischt Dr. Albrecht die letzten Radierfussel vom Zettel und überreicht ihn dem immer noch schwer atmenden Patienten. Ein dankbares Lächeln macht sich auf Herrn B.s mittlerweile blauen Lippen breit. Er war gerettet.

Mit wehendem Kittel und grossen Schritten verlässt Dr. Albrecht das Zimmer.

Erschöpft und beflügelt lässt sich Dr. Albrecht in seinen Stuhl fallen. Er setzt gerade dazu an, seinen Bleistift zu spitzen, da klopft es erneut an seiner Türe:

„Doktor Albrecht. Es geht um Ihre Patientin. Sie liegt nun schon seit drei Monaten im Koma und ihr Zustand ist unveränderlich. Die Angehörigen möchten wissen, wie es weitergeht.“

Dr. Albrecht muss nicht lange nachdenken:

„Bringen Sie mir doch mal bitte die Patientenverfügung, wären Sie so nett, ja?“

Ich, 68J., Frau S., möchte im Falle eines Komas, dass nach

- (A) ☐ einem Monat
- (B) ☐ drei Monaten
- (C) ☐ sechs Monaten
- (D) ☐ zwölf Monaten
- (E) ☐ zwei Jahren

unveränderten Zustands, alle lebenserhaltenden Massnahmen eingestellt werden.

„Wie praktisch! Da hat ja schon jemand die Antwort angekreuzt...“, denkt sich Dr. Albrecht.

Und damit ist die Sache für ihn erledigt.

Dann schreibt Dr. Albrecht sich folgende Aussage auf:

Heute werde ich, Dr. Albrecht, etwas früher nach Hause gehen,

weil
man sich ja sonst nichts gönnt.

Er beantwortet diese mit „(A) – Erste Aussage stimmt, zweite Aussage stimmt, Verknüpfung stimmt“ und begibt sich auf den Heimweg. Den nun endlich gespitzten Stift, nimmt er natürlich mit.

Zu Hause angekommen, hängt er seinen Mantel auf, lehnt den Aktenkoffer an den Schrank und betritt das Wohnzimmer.

Man würde meinen, ein Arzt solchen Kalibers, wie Dr. Albrecht einer war, wäre auf alle Eventualitäten gefasst, aber darauf, seine Frau mit einem anderen Mann auf dem Küchentisch vorzufinden, war er nun wirklich nicht vorbereitet. Er hatte fest gehofft, dieses Thema würde nicht drankommen in seinem Leben.

Als das Paar ihn erblickt, zucken beide zusammen und lösen sich sofort voneinander. Während der Mann splitterfasernackt versucht zu erklären, „dass dies nicht das sei, wonach es aussieht“, nimmt seine Frau seelenruhig einen Zettel und einen Stift vom Küchenregal, schreibt halbherzig etwas auf und überreicht ihn Dr. Albrecht wortlos:

Rolf Albrecht, 52J., hat seine Frau soeben auf frischer Tat beim Fremdgehen ertappt. Welche Massnahmen wird Rolf nun einleiten?

- (A) ☐ Schimpfen und die Scheidung einreichen
- (B) ☐ Schimpfen und seiner Frau verzeihen
- (C) ☐ Ergriffen von Emotionen den Mann verprügeln
- (D) ☐ Den Paartherapeuten feuern
- (E) ☐ Alles falsch

„Uh, schwierige Frage“, denkt sich Rolf. „Ich glaube die hebe ich mir für später auf.“

Dann setzt er ein Ausrufezeichen neben die Frage, um sie später nicht zu übersehen, faltet den Zettel zwei Mal genau in der Mitte, steckt ihn vorsichtig in seine Brusttasche, macht auf dem Absatz kehrt und verlässt das Wohnzimmer. Er schliesst die Tür.

An diesem Abend liegt Rolf noch lange auf der Couch in

seinem Patientenzimmer und fragt sich, warum er noch nie etwas in den Lehrbüchern über solche Situationen gelesen hat. Stundenlang starrt er die Decke an und kann nicht einschlafen. Plötzlich fängt sich alles an zu drehen und vor Rolfs geistigem Auge tauchen verschiedene Buchstaben auf. Nach und nach wird das Bild klarer und Rolf kann einen kurzen Satz ausmachen. Es ist eine Frage:

Wie geht es dir eigentlich, Rolf?

Es stehen wieder fünf Auswahlmöglichkeiten zur Verfügung, doch Rolf kann sie nicht erkennen. Sie sind zu verschwommen. Er versucht es noch eine Weile, doch es will ihm nicht gelingen:

„Ach komm, (E) habe ich schon lange nicht mehr angekreuzt...“

Dmitrij Marchukov

Behandeln wir Privatversicherte anders?

Spitäler haben ein wirtschaftliches Interesse an privatversicherten Patienten. Nebst Zusatzhonoraren für Ärzte zahlen die Kassen auch Einzelzimmer, unter Umständen bessere gastronomische Betreuung oder auch zusätzliche ärztliche Leistungen. Eine Zweiklassenmedizin besteht demnach bereits. Ich selber kam zum Beispiel damit in Kontakt, als ich bei meiner Anästhesiestelle im Wahlstudienjahr Privatversicherte weder intubieren noch einen venösen Zugang legen durfte. Der Arm eines Privatversicherten schien dem Spital zu wertvoll zu sein, als dass ein Unterassistent daran üben durfte. Hat der Versicherungsstatus auch einen Einfluss auf unser ärztliches Handeln? Werden Privatversicherte vielleicht sogar überbehandelt? Ist es gar gefährlich, privat versichert zu sein?

Dieser Frage hat sich bereits der vormalige UZH-Professor und zürcher Ständerat Felix Gutzwiller im Jahre 1998 angenommen. Er untersuchte anhand der Schweizerischen Gesundheitsbefragung von 1992/93 des Bundesamtes für Statistik den Anteil an Operierten abhängig von ihrem Versicherungsstatus. Die Ergebnisse sind in Abbildung 1 dargestellt. Es zeigt sich deutlich, dass privat- und halbprivatversicherte Patienten häufiger den aufgelisteten „Routineoperationen“ unterzogen wurden. Einzig bei der Hüftprothese war kein signifikanter Unterschied festzustellen. Man muss jedoch limitierend festhalten, dass hier die Lebenszeitprävalenz der Operationen erhoben wurde und somit der Zeitpunkt der Operation nicht gleich ist mit dem Zeitpunkt der Erhebung des Versicherungsstatus. Trotzdem kann man die offensichtliche Assoziation von Operationshäufigkeit und Versicherungsstatus nicht von der Hand weisen.

Neuere Studien unterstützen Gutzwillers Befunde. So konnte zum Beispiel ein kanadisches Forscherteam aufzeigen, dass Frauen mit Brustkrebs je nach Krankenversicherung unter-

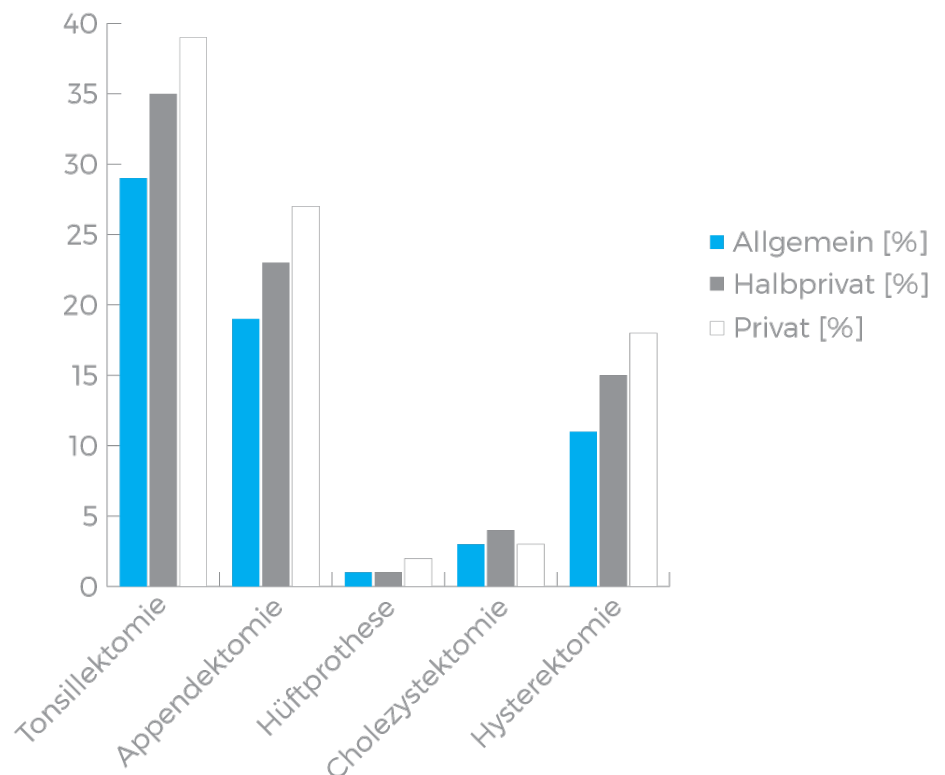


Abbildung 1: Anteil Operierte nach Versichertenstatus (nach Gutzwiller et al., 1998)

schiedlich häufig operiert werden. Während privatversicherte Brustkrebspatientinnen nur zu 4,3% nicht operativ behandelt wurden, waren es bei den nicht versicherten Patientinnen deren 15,5. Die wichtigste Limitation hier ist jedoch, dass nichtversicherte Patientinnen häufiger mit einem fortgeschrittenen Tumorleiden diagnostiziert wurden als Privatversicherte.

Zum Nachdenken sollte auch eine kölnische Studie aus dem Jahr 2007 anregen. Das Forscherteam analysierte die Transplantationsberichte aller 46 deutschen Transplantationszentren der Jahre 2004 und 2005. In Form einer Querschnittsstudie unterteilten sie Patienten mit einer Transplantation oder Patienten auf der Warteliste für eine Transplantation in gesetzlich Krankenversicherte (GVK) und privat Krankenversicherte (PVK). Wie in Abbildung 2 zu sehen ist, unterscheiden sich die Anteile an PVK-Patienten sowohl bei den Transplantationen als auch bei den High-Urgent-Patienten (HU) von denen der Warteliste. Der Anteil an PVK-Patienten auf der Warteliste ist in etwa vergleichbar mit ihrem Anteil an der Gesamtbevölkerung (10.25%). Noch stärker zeigt sich der Unterschied bei den Patienten, die gar nicht erst gelistet wurden. Obwohl die Rapportierung in den Berichten gemäss den Autoren bei der Hälfte der Transplantationszentren unvollständig war und diese somit ausgeschlossen wurden, zeigt sich in diesen Zahlen doch, dass auch bei Transplantationen Unterschiede zwischen Privatpatienten und Nicht-Privatpatienten bestehen können.

Hinweise, dass ein Privatversicherter überbehandelt wird, fand ich hingegen in meiner Recherche keine. Im Gegenteil: Ein Review des Instituts für Gesundheitsökonomie und Manage-

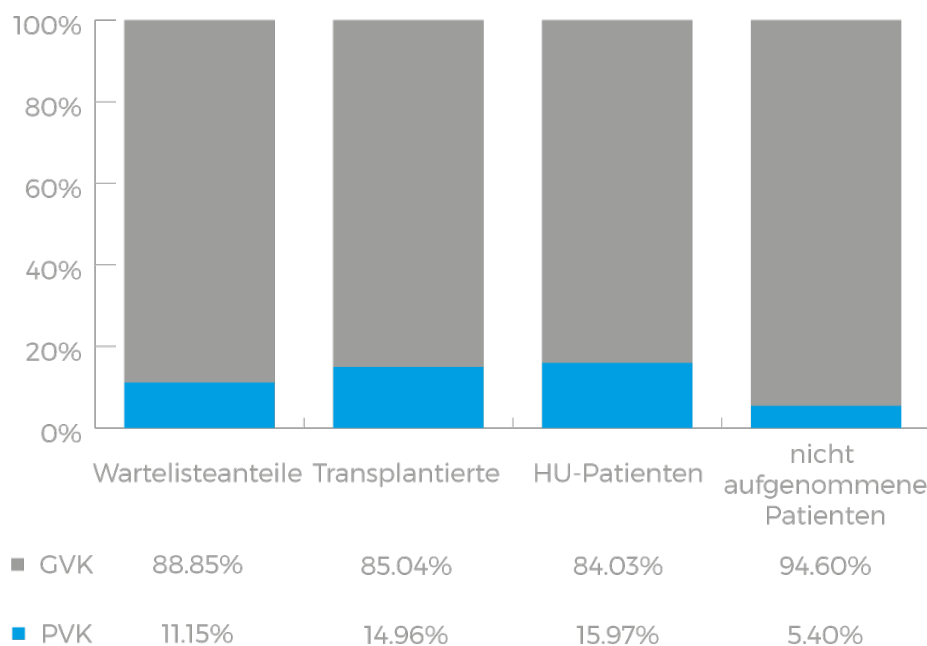


Abbildung 2: Anteile an GVK und PVK-Patienten (nach Längen et al. 2007)

Frauen mit Brustkrebs werden je nach Krankenversicherung unterschiedlich häufig operiert

ment im Gesundheitswesen am Helmholtz Zentrum München fasste unter Anderem zusammen, dass PVK-Patienten sich grundsätzlich gesunder fühlen, weniger zum Hausarzt gehen und weniger an chronischen Krankheiten leiden als GVK-Patienten.

Fazit:

- In der Schweiz ist die Datenlage schwierig. Unter anderem fehlt der Versicherungsstatus bei der gesamtschweizerischen Spitalstatistik. Weitere Forschung in diesem Bereich von euch als angehenden Ärzten wäre wünschenswert.
- Privatpatienten werden bevorzugt behandelt. Zumindest in Deutsch-

land gibt es Hinweise für eine Bevorzugung bei lebensnotwendigen Behandlungen wie Transplantationen.

- Eine gefährliche Überbehandlung bei Privatversicherten ist jedoch nicht beschrieben.

Es bleibt anzumerken, dass das Thema innerhalb dieses Artikels nur angeschnitten werden konnte und hierbei die aus meiner Sicht wichtigsten Befunde kurz zusammengefasst wurden. Jedem, der sich genauer mit dem Thema befassen will, empfehle ich die angegebenen Quellen.

Elia von Felten

Der Kunde ist König

Über die Risiken und Nebenwirkungen von Macht.

Es geschah vermutlich auf dem Rückweg nach Göttingen, als er an Fleckfieber erkrankte. Doch er genas rasch und trat bald darauf eine Stelle als Armenarzt und Stadtphysikus im dänischen Altona an. Trotz schlechter Bezahlung übte er seinen Beruf erfolgreich und innovativ aus. Er publizierte satirische Artikel und erläuterte in Publikationen die Zusammenhänge zwischen mangelnder Bildung, unzureichender Hygiene und Krankheiten in den Armenvierteln. Schon früh beschäftigte er sich mit der Ideologie der Aufklärung und sah den Staat in der Pflicht, für die Gesundheit seiner Bürger zu sorgen. Nur wenige Jahre später sollte der Grundstein für sein Wirken gelegt werden – Johann Friedrich Struensee wurde zum Leibarzt des dänischen Königs Christian VII ernannt.

Den Beginn dieser aussergewöhnlichen Arzt-Patienten-Beziehung markierte eine einjährige Europareise des jungen Regenten, der bereits in Kinderjahren an Epilepsie und Geisteskrankheit (siehe F20 nach ICD-10) litt.

Als er mit 17 Jahren den Thron bestieg, galt er als schüchtern und sensibel. Doch bereits wenige Monate später gab er sich Alkohol- und Gewaltexzessen hin und brüskierte das höfische Leben durch ein öffentliches Verhältnis mit einer Prostituierten. Um seine Eskapaden zu kaschieren, beschlossen die regierenden Minister, ihn auf jene Exkursion durch Europa zu schicken.

Durch seine Behandlungserfolge bei psychischen Krankheiten weit bekannt, wurde Struensee mit der königlichen Gesundheit auf Reisen

beauftragt. Während dieser Zeit erwarb der Arzt nicht nur das Vertrauen des Monarchen, sondern erhielt auch prägende Einblicke in die sozialen, gesundheitlichen und demographischen Folgen der Industrialisierung. Eindrücke, die Wasser auf die Mühlen eines bekennenden Aufklärers waren, eines Mannes der Taten und der Reformen. Als sich die gemeinsame Zeit dem Ende zu nähern schien, bat der König Struensee vertrauensvoll, ihn als Leibarzt nach Kopenhagen zu begleiten.

Zu Beginn noch ausschliesslich um das Wohlergehen der königlichen Familie besorgt, zwangen höfische Intrigen den Arzt bald dazu, sich eine sichere Position zu erkämpfen. Als eine Pockenepidemie ausbrach, wusste er die Gelegenheit zu nutzen, um den behüteten Kronprinzen mit einer lebensrettenden Impfung zu versehen. Die Gunst des Monarchen Christian VII war ihm sicher.

In welchem Masse, zeigte sich im September 1770: Nach dem offiziellen Entwurf von Johann Friedrich Struensee unterzeichnete der dänische König ein Gesetz zur Einführung der Meinungs- und Pressefreiheit. Im Verlauf der nächsten 16 Monate folgten mehr als 1800 solcher Dekrete. Anfänglich noch von der Zustimmung des Königs abhängig, ernannte ihn dieser bald zum geheimen Kabinettsminister und stattete ihn de facto mit einer Generalvollmacht aus. Grund dafür war eine Exazerbation seiner Geisteskrankheit, die ihn zusehends gleichgültig werden liess gegenüber seiner Umwelt. So konnte Struensee im Alleingang seine Reformideen per Gesetz verwirkli-

chen. Im Fokus seines Schaffens stand die Vorstellung eines dänischen Staates im Sinne der Aufklärung. Tatsächlich stellten sich erste Erfolge rasch ein. Kopenhagen wurde binnen weniger Monate sauberer und sicherer durch die Verlegung der Friedhöfe vor die Stadtmauern und durch die Pflasterung und Beleuchtung der Strassen. Seine radikale Sparpolitik, welche die Privilegien der Aristokratie einschränkte und die Hälfte des dänischen Heers verabschiedete, bewirkte innerhalb eines Jahres einen beinahe ausgeglichenen Finanzhaushalt. Selbstverständlich machte sich Struensee damit nicht nur Freunde. Viele Adlige fürchteten um ihr luxuriöses Leben und ihren Einfluss auf Politik und Wirtschaft. Die Stimmung am Hofe verschärfte sich, Missmut machte sich breit gegenüber dem regierenden Leibarzt.

Parallel zu seinem politischen Wirken hatte Struensee nach wie vor seinen ärztlichen Pflichten nachzugehen. Nachdem Christian VII ihn seiner Gemahlin Caroline Mathilde vorgestellt hatte, war er nun auch zuständig für die Behandlung ihrer Depression. Als Massnahme riet er dem königlichen Ehepaar, aus der strengen Hofetikette auszubrechen und gemeinsame Ausritte zu unternehmen. Die Königin fand zwar grossen Gefallen an den Ausritten, dennoch begegnete sie dem Arzt zu Beginn mit einer gewissen Skepsis. Diese wandelte sich im Laufe der Zeit jedoch in Zuneigung und Interesse um. Auf Geheiss der Königin wurde er zum Privatsekretär ernannt und erhielt, um sich der Aufgabe entsprechend anzunehmen, eine Wohnung auf ihrem

Schloss. Ihre Bekanntschaft vertiefte sich schnell und Gerüchten zufolge existierte sogar ein Geheimgang zwischen seiner Kammer und ihren Gemächern. Es dauerte nicht lange, bis das Liebesverhältnis öffentlich wurde, doch wider Erwarten zeigte sich der König desinteressiert und liess die beiden gewähren. Die geistliche Obrigkeit war erzürnt über das unzüchtige Verhalten und die offensichtliche Gleichgültigkeit des Königs. Selbst die Bevölkerung zeigte sich zunehmend misstrauisch und abgeneigt gegenüber dem frevelrischen Dreigespann.

Der wachsende Unmut beim Adel und beim Volk kam besonders der Schwiegermutter von Christian VII gelegen, die zusammen mit weiteren Verschwörern den Sturz Struensees plante. Als Legitimierung ihres Komplotts diente ein gefälschter Brief, welcher belegen sollte, dass Struensee zusammen mit der Königin einen Staatsstreich zur Entmachtung der Hoheit geplant hatte.

Nach einem Maskenball am 17. Januar 1772 kam es um vier Uhr morgens zur Verhaftung des Arztes und der Monarchin.

Er wurde wie ein Schwerverbrecher in den Kerker gesperrt und mitunter zu folgenden Anklagepunkten verhört:



Liebschaft mit der Königin, Majestätsbeleidigung, Missbrauch der Regierungsgewalt, Anstiftung zur Gewalt

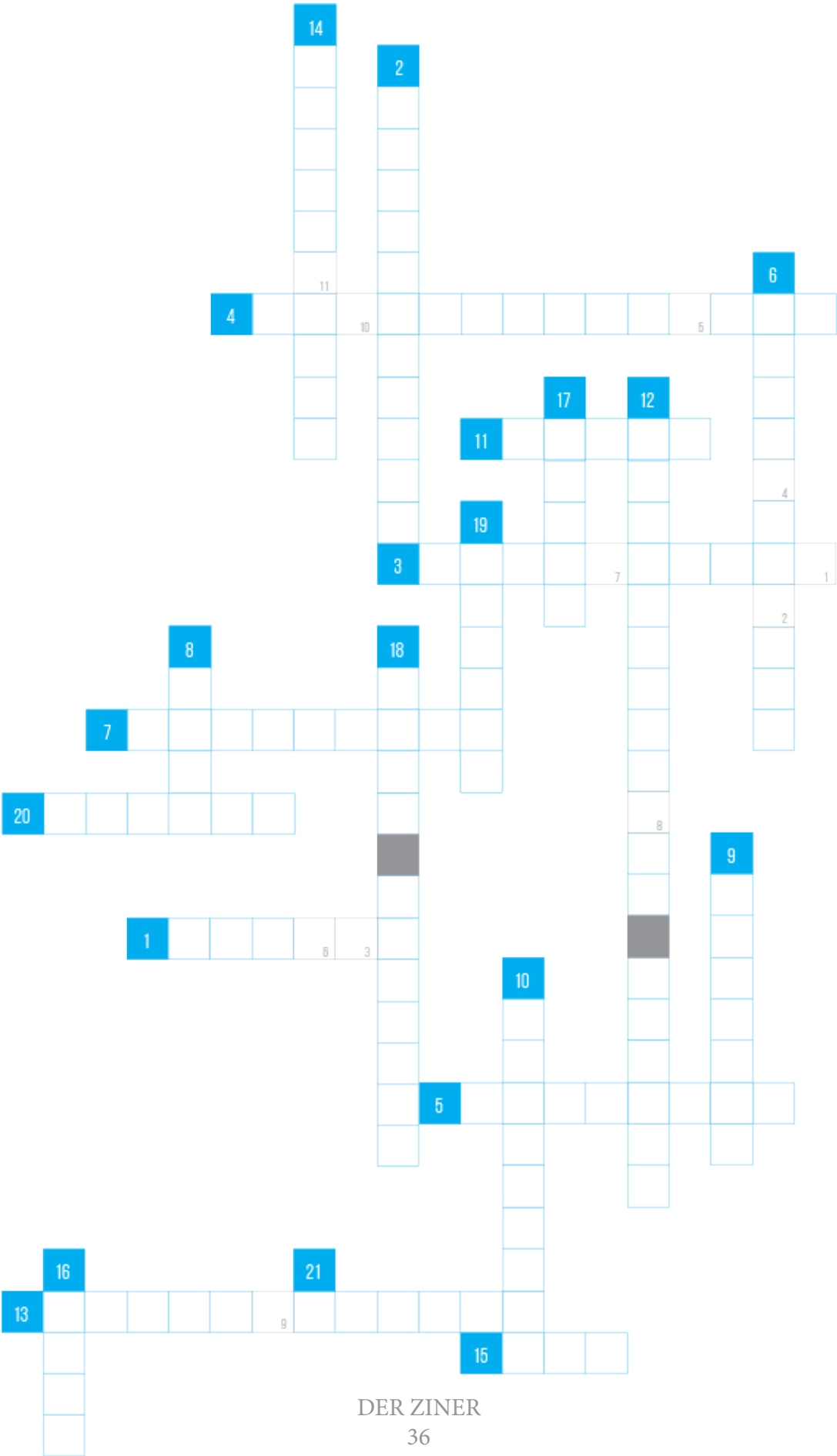
und Misshandlung des Kronprinzen. Am 23. April wurde der Prozess gegen ihn eröffnet, dessen Ausgang von vornherein bestimmt war. Fünf Tage später wurde das Todesurteil vollstreckt; Struensee wurde geköpft, gevierteilt und seine Überreste auf ein Rad gebunden.

Die nachfolgende Regierung bewirkte innerhalb kürzester Zeit eine nahezu vollständige Aufhebung der Dekrete des Leibarztes.

Zeitgenossen beschrieben Struensee als einen Idealisten, der die Durchsetzung seiner radikalen Ideen diktatorisch erzwungen habe. Vermutlich wäre eine gemässigtere, dafür nachhaltigere Politik wirksamer gewesen.

Benedikt Kowalski

KREUZWORTRÄTSEL





Perspective
Daily

Für einen Journalismus, der fragt: Wie kann es weitergehen?



Sei dabei und werde jetzt Mitglied auf:
www.perspective-daily.de

Zukunftsorientiert. Verständlich. Werbefrei.

Gewinnspiel

Zu gewinnen gibt es einen Gutschein für eine Jahresmitgliedschaft bei Perspective Daily. Schicke dazu das Lösungswort mit deinem Vor- und Nachnamen an kreuzwortraetsel@ziner.ch.

Einsendeschluss ist der
21.03.2017 um 12.00 Uhr.

Lösungswort

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----

von Anja Forrer

Senkrecht

- 2 Sich deklarativ erinnerndes Seepferdchen
- 6 Zustand der DNA, der mit einer verdrehten Telefonschnur verglichen wird (*englisch*)
- 8 Umstrittene Geschmacksqualität für Glutamat
- 9 Nerv mit Duraummantelung, der bei starker Berührung das Licht ausmacht
- 10 Endokrine Struktur, bei deren tumoröser Entartung Patienten effektiv halb so viel sehen
- 12 Verantwortlich für Magengeschwüre und einen Nobelpreis nach einem gewagten Selbstversuch
- 14 Bakteriengattung, die Köchin Mary in Jürg Federspiels Ballade verbreitete (*lateinisch*)
- 16 Krankheit, bei welcher der Patient alle Schaufenster anschaut
- 17 Farbliches Kardinalsymptom der Entzündung (*lateinisch*)
- 18 Krankheits-Kollege des Pink Puffers
- 19 Erfolgreich ausgerottete Virus-Erkrankung, deren Bekämpfung noch Spuren auf den Oberarmen der letzten Generation hinterliess
- 21 Nicht mehr junger Laborwert für die Leber

Waagrecht

- 1 Im Deutschen „der“ oder „das“, am Carpus häufig zu neurologischen Problemen führend
- 3 Politische Auffassung in Uneinigkeit mit der herrschenden Führung oder Beschreibung einer Handbewegung
- 4 Allgemeines Prinzip des luftigen, jedoch stabilen Knochenskelettes
- 5 Processus, dessen zweiter Namensteil an Rosenstielen unerwünscht ist (*lateinisch*)
- 7 Histaminhaltige Zelle, deren Name an Gänsezucht erinnert
- 11 Autoimmuner Morbus, der mit einem „E“ dem König aufgesetzt würde
- 13 Im Akutstadium stark mit Alkohol assoziierte Erkrankung
- 15 Mögliche Ursache für ein akutes Abdomen bei Frauen oder erste Silbe des Vornamens eines Schweizer Filmknabens, der sich gerne vorstellt
- 20 Kleiderladen, Drüse oder Knorpel (*deutsch*)

FUN

Was kostet wie viel?

Anleitung

Gesundheit ist teuer – besonders dann, wenn eine medizinische Behandlung in einem Spital oder in einer ambulanten Praxis nötig wird. Könnt ihr erraten, für welchen Teil man welchen Preis bezahlt?

(Die Preise werden nur als ungefähre Durchschnittswerte angenommen, da die Abrechnung von Gesundheitskosten in der Schweiz kantonal unterschiedlich geregelt werden.)

1	HÜFTGELENKSIMPLANTAT (MATERIALKOSTEN)	A	87 CHF
2	1 HÄMODIALYSENSITZUNG (PAUSCHAL)	B	30'000 CHF
3	FLUGMINUTE MIT REGA	C	500-1'000 CHF
4	TAGESPAUSCHALE HOTELLERIE AUF DER ALLGEMEINEN PSYCHIATRIE (KLINIK GAIS)	D	19 CHF
5	IMPfstoff FÜR SAISONALE GRIPPE (EINE DOSIS)	E	754 CHF
6	EISENINFUSION (BEHANDLUNGSKOSTEN)	F	440 CHF
7	DEPOT FÜR EINEN KLASSENWECHSEL VON ALLGEMEIN AUF PRIVAT	G	2'000 CHF
8	KOSTEN KAISERSCHNITT	H	530 CHF
9	KOSTEN SPONTANGEBURT OHNE KOMPLIKATIONEN	I	9'540 CHF
10	MRI (PRO EINGRIFF)	J	460-600 CHF
11	CT (PRO EINGRIFF)	K	3'300 CHF
12	ORL BÜCHER CUMMINGS OTORHINOLARYNGOLOGY (6TH EDITION)	L	9'540 CHF

von Sabina Rätz

Lösung: 1k, 2h, 3a, 4f, 5d, 6c, 7b, 8i, 9g, 10j, 11i, 12e



HERAUSGEBER
DER ZINER
redaktion@ziner.ch

AUSGABENVERANTWORTLICHE
Gabriela Maissen

REDAKTION
Anja Forrer,
Anja Moczko
Benedikt Kowalski
Christiana Carson
Delila Alisa
Sabina Rätz
Tim Honegger
Zehra Hepp
Arcangelo Carta

LAYOUT

TITELBLATT

ILLUSTRATIONEN

LEKTORAT

Dmitrij Marchukov
Serena Schelb
Lenia von Hammerstein
Elia von Felten
Gabriela Maissen
Mathis Komminoth
Sabina Rätz
Sabina Rätz
Corinne Wissman
Arcangelo Carta
Delila Alisa
Anja Forrer,
Anja Moczko

WEBSITE
Dimitri Cassmann

ANZEIGEN
Preisliste auf Anfrage
8. Ausgabe
März 2017
Auflage: 1000

Benedikt Kowalski
Christiana Carson
Delila Alisa
Sabina Rätz
Tim Honegger
Zehra Hepp
Gabriela Maissen

Das Zinerteam

QUELLEN

RUBRIKEN

Editorial

- <http://www.tagesanzeiger.ch/schweiz/standard/Diagnose-subito-Und-bitte-mit-Bild/story/30734895>

Kultur Café

- <http://www.beatocello.com>
- https://de.wikipedia.org/wiki/Beat_Richner
- https://de.wikipedia.org/wiki/Let_Them_Talk
- <https://www.welt.de/regionales/hamburg/article107938325/Dirigent-und-Augenarzt-trotz-Koerperbehinderung.html>
- https://de.wikipedia.org/wiki/Jeffrey_Tate

Medizingeschichte

- https://de.wikipedia.org/wiki/Johann_Friedrich_Struensee

Ermittlung

- Lungen M, Siegel M, Lauterbach K. Struktur der Transplantationen in Deutschland in den Jahren 2004 und 2005. Studien zu Gesundheit, Medizin und Gesellschaft 2007; Köln: Ausgabe 10/2007 vom 13.12.2007.
- Huber, J. & Mielck, A. Bundesgesundheitsbl.

- (2010) 53: 925. doi:10.1007/s00103-010-1119-7
- Bisig B, Gutzwiller F, Domenighetti G. Die Häufigkeit von Operationen in der Schweiz nach Versicherungsstatus Swiss Surg. 1998;4(3):109-16; discussion 116-7.
- Coburn, N., Fulton, J., Pearlman, D. N., Law, C., DiPaolo, B. and Cady, B. (2008), Treatment Variation by Insurance Status for Breast Cancer Patients. The Breast Journal, 14: 128-134. doi:10.1111/j.1524-4741.2007.00542.x

Fun

- nzz.ch, aargauerzeitung.ch, klinik-gais.ch, tagesanzeiger.ch, stadt-zürich.ch, implantat-atlas.com

REPORTAGEN

Sdrastvujte, Doktor!

- https://www.schulthess-klinik.ch/de/assets/File/2011/Medienmitteilung_Scheich%20Hamad%20bin%20Khalifa%20Al%20Thani%20von%20Katar.pdf
- <http://www.swisshealth.ch/de/swiss-health/>

- <http://www.srf.ch/news/schweiz/sie-koennen-einem-koenig-schlecht-das-rauchen-verbieten>

ILLUSTRATIONEN

Kultur Café

- http://www.titoni.ch/typo3temp/fl_real-url_image/richtner-kantha-bopha-01-44.jpg
<https://images-na.ssl-images-amazon.com/images/I/51FDVylkAOL.jpg>

Mein Facharzt

- Zur Verfügung gestellt von Dr.med. Nguyen-Kim, USZ

Um uns herum

- Fotografiert von Serena

Medizingeschichte

- https://de.wikipedia.org/wiki/Johann_Friedrich_Struensee#/media/File:Struensee,_Joh._Fr._Residenzmuseum_Celle.jpg

Sdrastvujte, Doktor!

- Illustriert von Arcangelo Carta

WISSEN INTRAVENÖS

WUSSTEST DU SCHON, DASS...

...das Unternehmen 23andMe für 99 US-Dollar eine „Abstammungsanalyse“ anbietet? Die DNA aus einer Speichelprobe wird dabei auf 250 unterschiedliche Punkte untersucht. Und das Unternehmen baut so eine der größten Gen-Datenbanken weltweit auf.

...der Zürcher Schlachthof pro Jahr 270'000 Tiere in 25 bis 28 Millionen Kilo Fleisch verarbeitet? Nebst Fleisch liefert er auch Studiums- und Forschungsmaterial wie Organe zum Sezieren und aus übrig gebliebenem Fett wird Biodiesel gewonnen.

...das Bcshtubaen eines Wrtoes in belbigeier Renienohfgle agnodrenet wrdeen könnenn? Leiidgldch der estre und der lztee Bcshtubae mseüsnn für die Lebsakreite elrhaten belbien.

.. weibliche Angestellte von Apple und Facebook in den USA auf Firmenkosten die eigenen Eizellen einfrieren lassen können? «Social Freezing» nennt sich diese neue Art der Familienplanung.

... das Kornhaus von Swissmill das höchste Silo der Welt ist? Es steht mitten in Zürich und fasst neu ungefähr 40'000 Tonnen Getreide.

...die Frage nach dem Grund des runden Kanaldeckels bereits in Bewerbungsgesprächen gestellt wurde? Höchste Zeit, sie im Ziner zu beantworten! Die wichtigsten Vorteile dieser Form sind wohl, dass der gut 50 Kilo schwere Schachtdeckel sich rollen lässt und nicht in die Öffnung fallen kann.

Kennst du weitere lustige Facts?
Schreib an unnuetzeswissen@ziner.ch